

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

POUR LE

N°

190

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Émile HUTIN

Interne des Hôpitaux de Paris.

Né à Valincourt (Nord) le 29 juin 1905.

L'Absence Congénitale du Vagin

(Traitement Chirurgical)

Le Président : M. MARION, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Émile HUTIN

Interne des Hôpitaux de Paris.

Né à Valincourt (Nord) le 29 juin 1905.

L'Absence Congénitale du Vagin
(Traitement Chirurgical)

Le Président : M. MARION, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
(Justin) Hydrologie.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.

PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR VAL-
LERY-RADOT.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549904_0001

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

Professeur de clinique Urologique,
Chirurgien de l'Hôpital Naker,
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse. En témoignage de
respectueuse admiration et de
vive reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

M. LE PROFESSEUR GOSSET.
M. LE PROFESSEUR WIDAL (in mémoriam).
M. LE PROFESSEUR VILLARET.

Externat.

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER.
M. LE DOCTEUR GARNIER.
M. LE PROFESSEUR WIDAL (in memoriam)
M. LE DOCTEUR STEVENIN.
M. LE DOCTEUR DE GENNES

Internat.

1931	M. LE DOCTEUR RUDEAUX
1932	M. LE DOCTEUR ALGLAVE
1932	M. LE DOCTEUR METIVET
1933	M. LE DOCTEUR CHEVRIER
1934	M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER
1935	M. LE DOCTEUR J. BERGER

A MM. LES DOCTEURS MERLE D'AUBIGNE,
OBERLIN, P. BANZET, R. BERNARD
Chirurgiens des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Signalée pour la première fois par BURRAGE en 1752, l'absence congénitale du vagin est une malformation rare, dont le traitement chirurgical a fait l'objet de nombreux travaux. Multiples, variés à l'infini ont été les procédés imaginés par les chirurgiens qui se sont efforcés de remédier à cette infirmité, en créant un nouveau vagin. Le problème technique se double ici d'ailleurs d'un problème psychique et moral et, non seulement le choix de l'intervention, mais la légitimité même d'une telle intervention a été et est encore très discutée.

L'absence congénitale du vagin peut être associée à d'autres anomalies congénitales; elle peut être accompagnée de troubles endocriniens, d'infantilisme. Il peut s'agir d'hermaphrodites. C'est ainsi que dans deux observations de création d'un néo-vagin, l'une de WEIBEL, l'autre de BROSSMANN, le sexe du sujet était douteux et certains auteurs ont pu dire que l'on créait un vagin chez des sujets hermaphrodites. Il est certain que dans ces conditions la légitimité de l'intervention est un problème délicat. Mais dans presque tous les cas, la malformation est rigoureusement isolée. Il s'agit bien de femmes proprement dites et s'il existe le plus souvent un degré important d'aplasie

utérine, presque toujours au contraire les ovaires existent et la fonction est normalement conservée.

Il en résulte que la puberté se fait normalement, mais amenant parfois avec elle des troubles divers, tels que douleurs pelviennes mensuelles avec constitution d'hémato-salpinx ou même d'hématométrie lorsque l'utérus existe, hémorragies supplémentaires. Les premiers chirurgiens qui opèrent ces malades, le firent précisément dans le but de remédier à ces troubles; et c'est ainsi que DUPUYTREN incisa et se fraya un chemin jusqu'au contact de la collection sanguine.

Mais bientôt les chirurgiens opérèrent pour créer un nouveau vagin avec le simple but de permettre le coït. L'existence d'ovaires en bon état, avec conservation de leur sécrétion interne, explique que ces femmes soient presque toujours parfaitement bien constituées, bien proportionnées, aux seins bien développés, au système pileux normal; aux organes génitaux externes bien conformés (sauf le vagin). Bref, il s'agit de sujet très féminin physiquement et psychiquement. Le chirurgien devait naturellement songer à remédier à cete simple imperfection physique.

Certains auteurs s'élevèrent alors contre la légitimité d'une telle intervention, invoquant des arguments moraux, et même religieux. Il est vrai que l'aplasie utérine qui accompagne habituellement cette malformation, ne permet pas, après la réalisation du nouveau vagin, la possibilité de grossesse (un seul cas de création d'un néo-vagin a été suivi de gros-

sesse, celui de WAGNER). BANDET pouvait dire, au cours de la discussion de la société de chirurgie (octobre 1923) : « voilà une femme à qui la copulation ne fournira ni plaisir, ni enfant, et qu'on risque de tuer; mieux vaut la laisser telle qu'elle est ». Il semble cependant légitime, à nombre de chirurgiens, de remédier à cette disgrâce physique qui met la femme dans un état d'infériorité sociale, la vouant à une existence incomplète. Rappelons les paroles du Docteur ABADIE au cours de cette même discussion : « on ne propose qu'un but, permettre des rapports sexuels qui ne soient pas ectopiques et donnent au maximum l'illusion d'être normaux et nous n'avons pas, nous chirurgiens, à substituer nos propres conceptions morales à celles de la malade ». Reproduisons également quelques lignes d'un article récent du Professeur FORGUE : « Il est légitime de guérir la femme du psychisme déprimant où la place cette invalidité, d'empêcher la ruine d'un ménage, de supprimer une disgrâce anatomique, et journellement, nous opérons pour remplir des indications esthétiques, tout être humain ayant droit à la plénitude de sa vie physique ».

Bien souvent d'ailleurs, cette intervention du chirurgien devient une nécessité : l'apparition de phénomènes douloureux marqués, de céphalées périodiques, nécessite un soulagement. Chez d'autres, des actes contre nature ont provoqué des rectites, de l'incontinence d'urine. En outre, la dépression psychique accentuée de certaines, a pu les entraîner jusqu'au

suicide. Aussi voit-on ces malades accepter volontiers une opération malgré ses dangers.

Aussi bien, aujourd'hui, la légitimité d'une telle intervention est-elle généralement admise et notre but n'est pas de la discuter plus longuement. Un problème nous semble beaucoup plus sujet à discussion et plus difficile à résoudre : c'est celui de la méthode chirurgicale à employer. Le chirurgien a le choix entre de nombreux procédés : les uns, telles les vaginoplasties, à l'aide de lambeaux cutanés ou de greffes épidermiques sont sans danger, mais ils ont l'inconvénient d'être habituellement imparfaits, de donner des résultats incomplets, d'aboutir pratiquement à des échecs; les autres, tels l'opération de BALDWIN, l'opération de SCHUBERT par transplantation d'un segment de viscère, donnent incontestablement des résultats fonctionnels souvent parfaits, mais on leur reproche d'être des actes opératoires graves, d'être d'une réalisation technique démesurée pour le résultat que l'on veut obtenir.

Notre but est donc d'envisager successivement la technique chirurgicale des différents procédés employés actuellement, d'en préciser les résultats et d'en étudier, pour chacun d'eux, les inconvénients et les avantages

EMBRYOLOGIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'absence congénitale de vagin est due à un arrêt de développement des canaux de Muller au cours de la vie intra-utérine. Un rappel succinct de l'embryologie nous permettra de préciser la pathogénie de cette malformation et d'en mieux comprendre les caractères anatomo-pathologiques.

Le vagin est presque entièrement constitué par les canaux de Muller, son segment inférieur seul, provenant du sinus uro-génital.

Formés par l'invagination de l'épithélium génimatif externe, les canaux de Muller apparaissent dès le premier mois de la vie embryonnaire, et atteignent le sinus uro-génital vers la fin du deuxième mois.

La portion supérieure des canaux de Muller donne naissance à la trompe, tandis que la portion inférieure, étendue au méso-néphros au repli uro-génital, rencontre le ligament génito-inguinal qui la divise en deux parties :

— la partie supérieure, supra-ligamentaire, donne naissance aux cornes utérines;

— la partie inférieure, sous-ligamentaire, fusionne avec celle du côté opposé pour former le cordon génital.

Cette fusion se fait au commencement du troisième

mois et aboutit à la formation d'un canal impair et médian, au dépend duquel se développent de haut en bas, utérus et vagin. Cette fusion débute à une hauteur variable suivant les mammifères, et s'étend peu à peu vers les extrémités. Chez l'homme, ce point d'adossement semble situé vers le milieu du cordon génital et formerait le col utérin (PETRIGNANI et SICARD).

Au cours de cet adossement primitif, les canaux de Muller forment l'utérus tout d'abord bicorné, au-dessous le vagin qui d'abord est double.

Si l'embryon s'oriente vers le sexe féminin, le cordon vaginal reste uniquement formé par les canaux de Muller et constitue le canal utéro-vaginal de Leuckart.

Après l'accolement des deux canaux, l'épithélium des parois vaginales prolifère considérablement, obstrue la lumière du canal qu'il transforme en un cordon plein, et c'est vers le cinquième mois que le vagin se creuse à nouveau par désagrégation des bourgeons centraux.

La partie toute inférieure du vagin, le segment hyménal, serait formé, suivant certains auteurs, par le sinus uro-génital. En fait, dans l'absence congénitale du vagin, il existe souvent une dépression vulvaire plus ou moins marquée. Ce court vagin ne dépassant pas habituellement un demi à deux centimètres.

De cette évolution embryologique, il résulte que, suivant le moment où l'arrêt de développement se

produira, la malformation présentera des aspects variables :

Si cet arrêt se produit très tôt, les canaux de Muller faisant simplement défaut, il y aura absence totale de vagin et d'utérus et de cornes utérines. Cette malformation est habituellement accompagnée d'autres malformations importantes : elle n'a pas été observée chez l'adulte.

Si cet arrêt est plus tardif, alors que la fusion des canaux n'a pu se faire, le vagin sera remplacé par deux cordons fibreux. Le plus souvent, il existe un seul cordon fibreux plein, la désagrégation des bourgeons centraux ne s'étant pas produite.

Dans quelques cas, un stade plus tardif semblait avoir été atteint : il existait un orifice punctiforme visible à l'œil nu ou seulement décelé à l'examen microscopique.

Mais le fait important à retenir de cette étude, c'est l'origine commune, mullérienne, du vagin et de l'utérus. L'arrêt du développement subi par la portion inférieure du cordon génital, se produira au même titre au niveau de sa portion supérieure qui donne l'utérus.

Dans quelques cas cependant, l'utérus, qui accompagne l'absence totale du vagin, est normalement développé (cas de WAGNER, où la création d'un néo-vagin a été suivie de grossesse). Le plus souvent, il est réduit à un petit nodule fibreux ; ou bien il se présente sous l'aspect d'un cordon fibreux, ou bien il est rudimentaire, d'aspect infantile. Dans certaines

observations, l'utérus avait paru normal, mais la coupe révéla l'absence de cavité utérine. L'utérus peut encore être bifide. Dans la statistique de BEUTHER, qui porte sur 135 cas d'absence congénitale de vagin, l'utérus a été trouvé 3 fois normal, c'est-à-dire dans 5,9 pour cent des cas.

L'état des ovaires, deuxième fait important, n'est nullement en rapport avec l'importance de l'atrophie utéro-vaginale. Et cela s'explique par leur origine différente, puisqu'ils se forment aux dépens d'un renflement du corps de Wolf. Dans de nombreux cas ils sont normaux; et l'on constate à leur niveau, l'existence de corps jaunes et de cicatrices, reliquats des ovulations antérieures. Ce que l'on observe surtout, ce sont des anomalies de forme ou de situation. Quelquefois, ils sont kystiques.

Chez trois malades opérées par M. BAUMGARTNER, les lésions étaient les suivantes : une fois l'utérus était réduit à un petit noyau fibreux de la grosseur d'une noisette, deux fois il y avait, de chaque côté de la paroi pelvienne, un petit moignon d'utérus prolongé par un cordon fibreux allant se réunir à celui du côté opposé. Deux fois les ovaires étaient rigoureusement normaux, une fois ils étaient bien développés, mais très allongés, ayant plus de 10 centimètres de long et de la grosseur d'un petit doigt.

L'existence d'ovaires en bon état, avec leur physiologie normale, explique l'apparition d'une puberté normale. Elle explique que la conservation de la ponte ovulaire puisse donner naissance à des phé-

nomènes divers : épistaxis complémentaires, douleurs pelviennes mensuelles en rapport avec la formation d'un hémato-salpinx ou même d'une hématométrie lorsque l'utérus existe. Elle explique également que la constitution physique des femmes atteintes d'absence congénitale du vagin, ne soit nullement modifiée, ni déviée. Il ne s'agit pas de pseudo-hermaphrodite, ni de sujets infantiles, mais de femmes avec tous les caractères sexuels de la femme normale, et habituellement sans malformation des organes génitaux externes.

HISTORIQUE

L'absence congénitale de vagin semble avoir été signalée pour la première fois par BURRAGE en 1752. Elle fait le sujet de thèse d'agrégation de LE FORT (Paris 1863). De nombreux travaux ont lieu par la suite, ayant pour objet le traitement chirurgical de cette malformation.

Les premiers chirurgiens cherchent à remédier aux troubles survenant au moment de la puberté, tels que l'hémato-salpinx, l'hématométrie. Le procédé le plus ancien est l'incision vulvaire transversale : HAENE, MACFARLAN, MAISONNEUVE, employèrent cette méthode. DUPUYTREN, en 1817, ajoutait à l'incision, le décollement vésico-rectal, pour atteindre la collection sanguine.

Cependant, certains chirurgiens intervinrent en l'absence d'accidents, en vue de créer un nouveau vagin permettant le coït. AMUSSAT, en 1832, imagina le refoulement mécanique progressif de la région vulvaire à l'aide d'une sonde rigide. LE FORT, en 1876, utilisa l'électrolyse. Quelques auteurs employèrent des caustiques chimiques, ou des cautères, pour créer un nouveau vagin.

ARÈNE (Thèse Montpellier, 1901) étudie le procédé des autoplasties. PAUCAT (Lille, 1903), réunit 360 cas

d'absence du vagin. FOUCAULT (Bordeaux, 1913), HERVÉ (Paris 1914) en font leur sujet de thèse.

BALDWIN (1905) propose un procédé ayant pour but de créer un néo-vagin à l'aide d'une anse grêle, ou du colon sigmoïde transplantés.

QUÉNU et SCHWARTZ (Revue de chirurgie 1913) Raymond GRÉGOIRE (Archives générales de chirurgie 1913) étudient les différentes méthodes chirurgicales employées dans le but de créer un néo-vagin.

De tous les procédés anciens, aucun n'est à retenir et tous ont été abandonnés, L'incision et le décollement ont toujours été suivis de récidence (17 cas relatés par DIUTRESCU dans sa thèse). SARVEY, en 1912, employa le décollement intervésico-rectal avec dilations continues obtenant ainsi un résultat favorable, mais provisoire. Peu à peu, apparut ainsi la nécessité, pour transformer le décollement inter-rec-to-vésical en un canal permanent, d'un revêtement quelconque empêchant la rétraction.

Les procédés modernes dérivent tous de ce principe : tapisser le décollement inter-vésico-rectal de la peau, d'une séreuse, d'une muqueuse, par la méthode des greffes ou la méthode des transplantations.

Nous étudierons successivement les procédés employant la peau sous forme de greffes pédiculées ou de greffes de lambeaux épidermiques, les procédés utilisant la transplantation d'un segment de viscère : sigmoïde, rectum, anse grêle

I. — Procédés utilisant la peau sous forme de greffes à lambeaux pédiculés.

Ce procédé de vaginoplastie aurait, suivant certains auteurs, été tenté pour la première fois par SCHLESINGER en 1886. En réalité, c'est HEPPNER qui, le premier, en 1872, a mis en œuvre ce procédé : il fit une incision en H, obtenant ainsi deux lambeaux supérieurs et inférieurs qu'il refoula d'avant en arrière, dans le canal créé entre vessie et rectum.

Il fut ensuite imité par de nombreux chirurgiens, Pozzi, Picqué, Roux, Delagenière, Schwartz, Villar, etc., qui créèrent de nombreuses variantes dans la taille et la dissection des lambeaux. Pozzi, en 1909, décrivit un de ces procédés à la Société de Chirurgie.

Actuellement, l'utilisation de lambeaux cutanés pédiculés est employée par quelques chirurgiens français et étrangers. Nous décrivons ici le procédé qui nous a paru le plus ingénieux : c'est le procédé de Frank et Geist, qui a été proposé et exécuté d'abord par ces auteurs, et qui vient d'être l'objet d'un travail d'Herman Grad, résumée par M. Hartmann dans Gynécologie et Obstétrique :

L'opération doit être faite en plusieurs temps. Dans le premier, on prépare le lambeau cutané, qu'on taille sur la partie supérieure de la face interne de la cuisse, sa base se trouvant au-dessous de la limite des poils de la vulve. Ce lambeau doit avoir 17 cm. de long sur 12 cm. de large et être recourbé à ses extrémités, comme on le voit sur la figure I. Le contour du

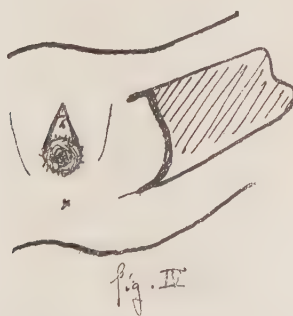
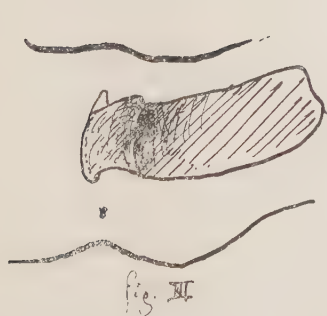
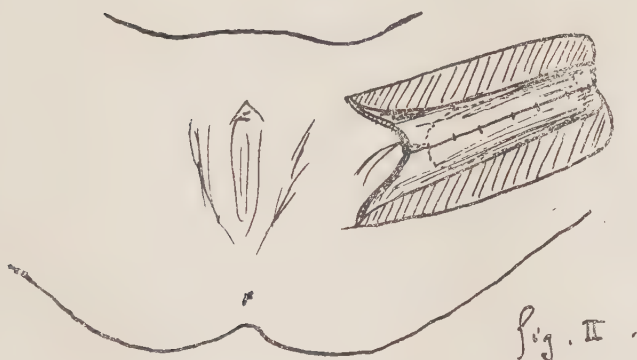
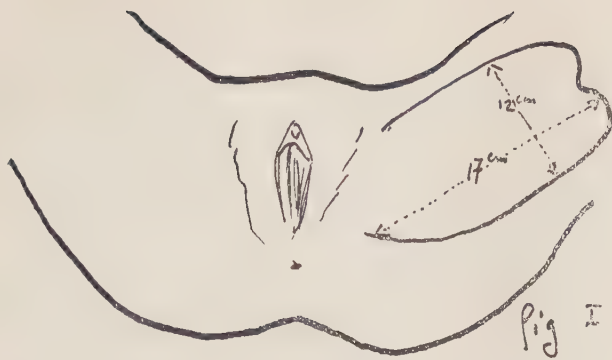


FIG. I. — Taille du lambeau.

FIG. II. — Enroulement du lambeau sur un mandrin.

FIG. III. — Introduction du tube cutané dans le décollement.

FIG. IV. — Section du pédicule et suture aux bords de l'incision vulvaire.

lambeau étant tracé, on creuse au-dessous de ses bords les tissus sur une étendue d'un pouce, de manière à supprimer à ce niveau toute circulation artérielle. Ceci fait, on rabat le lambeau à sa place, le fixant par quelques catguts.

Quand tout suintement a cessé au niveau de la ligne de l'incision, on passe au second temps. L'incision primitive est recouverte et le lambeau séparé des parties sous-jacentes, non pas simplement sur une étendue d'un pouce comme dans le 1^{er} temps, mais sur toute sa longueur, sa base seule restant adhérente au voisinage de la vulve et pouvant seule assurer l'apport sanguin. Le lambeau ainsi préparé est de nouveau remis en place et fixé lâchement de manière à permettre sa rétraction.

Lorsque les tissus ont repris leur aspect normal, qu'il n'y a plus le moindre suintement, on dispose le lambeau en forme de tube, sa face cruentée se trouvant en dehors (fig. 2). Ce tube, dans lequel on a placé un cylindre de caoutchouc, est enfoncé dans un décollement fait entre vessie et rectum (fig. 3), puis suturé aux bords de l'incision vulvaire.

Cinq ou six jours après, on commence à inciser la base du lambeau, continuant cette incision de 3 en 3 jours jusqu'à ce que le tube vaginal soit complètement sectionné à sa base, ce qui demande environ 6 semaines. A ce moment le néo-vagin s'est soudé dans le décollement aux tissus qui l'entourent et tire de ces derniers ses moyens de nutrition.

Ce qui reste de la base du lambeau a été réappli-

qué sur la cuisse et le reste de la plaie comblée avec des greffes (fig. 4).

Il faut pendant plusieurs mois faire porter la nuit et même une partie du jour, un gros tampon dans le néo-vagin, pour empêcher sa rétraction. Au bout de ce temps, le canal persiste.

II. — Procédés utilisant la peau sous forme de greffes de lambeaux épidermiques.

L'utilisation de greffes dermo-épidermiques a été employée pour la première fois par Robert ABBE en 1898, en même temps que par FORGUE. Cette méthode consiste à tapisser toute la surface décollée entre vessie et rectum avec des greffes épidermiques de THIERSCH.

Voici les principes de technique de cette méthode tels qu'ils ont été récemment décrits par le P^r E. FORGUE :

« Un premier temps est banal : par une incision transversale périnéale, pré-anale, on a créé par clivage vésico-rectal, un trajet de dimensions hyper normales destiné à admettre le pénis. Il s'agit — et toute la question technique est là — d'assurer sa permanence de calibre et de longueur, c'est-à-dire d'empêcher sa coalescence par bourgeonnement et accolement progressif de sa paroi : donc, de recouvrir totalement la cavité par un revêtement inapte à cette adhésion cicatricielle. Un fait est capital : toute sur-

face bourgeonnante est une amorce à la fusion et à l'effacement cavisaire.

On taille alors à la main de larges lanières dermo-épidermiques qu'il faut bien ajuster et imbriquer, « en tuiles », par leurs bords.

« Il est logique que, pour présenter convenablement les lanières, face dermique en dehors, pour les disposer et les juxtaposer en une lame continue sans intertices, pour les appliquer et les maintenir dans le trajet artificiel creusé, qu'il faut les étaler côte à côte sur un support, sur un moule poussé dans ce tunnel et fixé à pression douce et suffisante, à fond, dans sa cavité. La solution pratique qui se présente à l'esprit, c'est de les déployer très régulièrement en couche uniforme, face avivée extérieurement, sur un tuteur lisse en forme de phallus : ainsi la surface fertile des greffons est appuyée exactement contre les parois du trajet et tenue fixe en place, pendant les huit à dix jours nécessaires à leur prise et à leur vitalisation ».

FORGUE s'est servi, comme tuteur, d'un doigt de gant en caoutchouc stérile de fort volume, bourré de gaze aseptique en lanières, pour la commodité de l'extraction. Ce tuteur, garni de lanières dermo-épidermiques, solidarisés par quelques catguts en anneaux, et poussé dans l'espace vésico-rectal créé. Par quelques points à la soie fine, il est fixé aux bords de l'incision périnéale.

Malade constipée à l'opium pendant cinq jours, sonde à demeure. Pour ne point bousculer les gref-

fons, le détamponnement doit être conduit avec douceur.

Bien entendu, une condition indispensable à la conservation du résultat, est la dilatation régulière du canal néo-formé.

Ce procédé des greffes dermo-épidermiques, que l'on peut appeler procédé ABBÉ-FORGUE, n'a été utilisé qu'un nombre de fois limité. Mais il a été remis en vogue par KISCHNER et WAGNER qui, en 1930, décrivent « un nouveau procédé » de vaginaplastie.

Le point particulier dans la technique de ces deux chirurgiens, c'est l'utilisation, pour tapisser le canal, d'un grand lambeau dermo-épidermique, taillé d'une seule pièce sur la cuisse. Pour tailler ce lambeau géant de 34 centimètres de longueur, sur 8 de largeur, on emploie un rabot imité du rabot de menuisier. Ce lambeau est ensuite appliqué, face cruentée en dehors, sur une sorte de moule poreux fait d'une éponge en caoutchouc qui absorbe les sécrétions. Introduit dans le décollement recto-vésical, l'appareil de prothèse est retiré au bout de huit jours.

III. — Procédés utilisant une séreuse ou une mugueuse.

Dans ce groupe prennent place un certain nombre de procédés qui n'ont été utilisés, qu'une ou deux fois et dont certains n'ont pu être réalisés que grâce à des circonstances exceptionnelles.

DIMITTRI de OTT imagina d'attirer à la vulve des

feuillet du péritoine pelvien préalablement fendus. W. STOEKEL (1912) employa aussi ce procédé : il pratiqua le décollement intra vésico-rectal, puis dans un deuxième temps, il fit une laparatomie : il incisa transversalement le fond du cul-de-sac de DOUGLAS et sutura les deux feuillets péritonéaux à la vulve.

DREYFUS, de SALONIQUE (1912) tapissa la cavité vaginale créée à l'aide d'un sac herniaire prélevé chez un homme atteint de hernie inguinale. LARDENNOIS (1912) utilisa également ce procédé.

POZZI (1916) a essayé de réaliser une vaginoplastie à l'aide des lambeaux de muqueuse des petites lèvres. KYST, KUSTNER, MACKEURADT (1896) se servirent, pour revêtir le décollement entre vessie et rectum, d'une muqueuse vaginale d'une autre femme, opérée pour prolapsus génital.

Van HERF (de Bâle), VIOLET (de Lyon), ont préconisé la suture de l'utérus à la vulve : celui-ci, par sa rétraction secondaire, entraînerait en haut la muqueuse vulvaire, constituant ainsi un vagin. PFANNENSTIEL, dans un cas où il existait une dépression vulvaire notable, sutura également l'utérus à la vulve après laparatomie : trois ans après l'opération, les règles se produisaient régulièrement et le néo-vagin était assez vaste.

Dans quelques cas (MARKOFF 2 fois, SCHMITT, 2 fois) la vessie a été utilisée pour créer un vagin. Il s'agissait d'atrésie congénitale acquises chez des femmes opérées antérieurement et dont la vessie avait été exclue.

M. PETIT (1931) s'est servi, pour tapisser un néo-vagin, des deux prépuces obtenus de la circoncision.

BRINDEAU (1934) a réalisé un néo-vagin avec les membranes ovulaires d'un œuf à terme.

IV. — Procédés utilisant un segment de viscère.

Les auteurs qui eurent l'idée d'employer un segment de viscère creux, en l'occurrence un segment intestinal, pour créer un nouveau vagin, ont eu pour but d'empêcher la rétraction et la soudure cicatricielle de l'espace inter vésico-rectal par un tissu suffisamment organisé et vascularisé. Un segment d'anse sigmoïde, une anse grêle, le rectum, sont transplantés, en même temps que le pédicule vasculaire est rigoureusement respecté afin d'assurer la vitalité des tissus.

Le côlon sigmoïde n'a encore été utilisé qu'un nombre de fois très limité. Par contre, le rectum a été utilisé en Russie et en Allemagne où SCHÜBERT a créé l'opération qui porte son nom. L'opération de BALDWIN qui consiste à transplanter une anse iléale avec son méso est le procédé qui a remporté le plus de suffrages parmi les chirurgiens du monde entier.

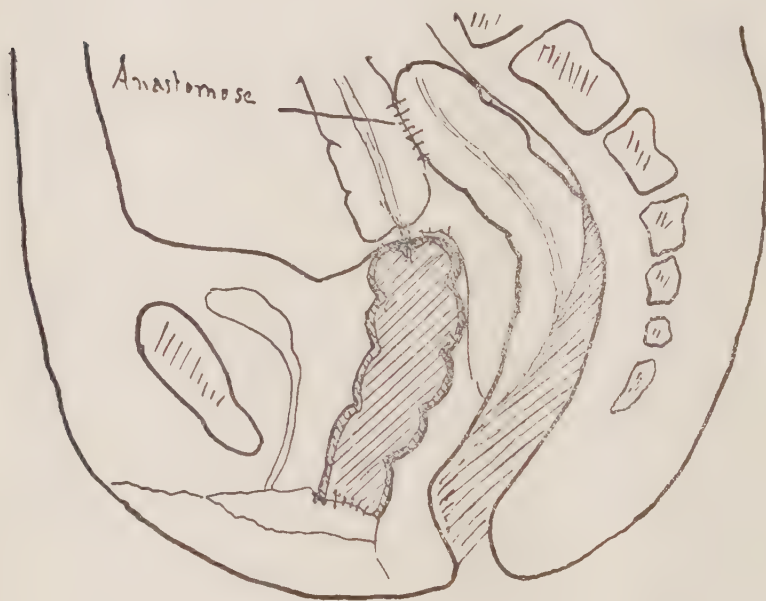
1° *Procédés utilisant le colon sigmoïde.*

L'idée première de BALDWIN (1904) était de créer un vagin, en utilisant un segment du colon pelvien,

isolé par laporatomie, mais il ne réalisa pas cette opération.

ALBRECHT, dans 3 cas, abaissa à la vulve un segment du colon pelvien, mais il exécuta cette intervention uniquement par voie sacro-périnéale après avoir réséqué le coccyx et deux vertèbres sacrés.

BOLDT et RUGE se servirent de l'anse sigmoïde, mais après laparotomie : dans un premier temps, on crée un espace entre vessie et rectum. Ensuite, par laparotomie médiane, après avoir reconnu le méso-sigmoïdes et ses arcades vasculaires, on isole un seg-



Création d'un vagin avec un segment du colon sigmoïde.

ment de l'anse avec ses vaisseaux. Pour rétablir la continuité intestinale, on suture bout à bout le colon pelvien et le rectum. Le segment isolé de l'anse est ensuite abaissé dans l'espace recto-vésical après ouverture du Douglas.

Mais pour permettre l'abaissement d'un segment d'anse sigmoïde au périmé, il faut le plus souvent pratiquer des sections artérielles, en particulier l'artère sigmoïdienne. Pour conserver à cette anse sa vascularisation, il faut donc conserver l'anastomose des sigmoïdiennes, avec l'artère colique gauche supérieure. (FAHRMANN, FRANKENBERG).

L'intervention doit donc s'exécuter de la façon suivante : Après avoir reconnu le méso-sigmoïde et ses arcades vasculaires, on lie l'artère sigmoïdienne et l'artère colique gauche inférieure s'il y a lieu. On sectionne ensuite l'intestin vers l'union de l'anse sigmoïde et du rectum. Les deux bouts sont fermés et enfouis. On sectionne alors le méso-sigmoïde tout en respectant les arcades vasculaires qui restent alimentées par la colique gauche supérieure. L'anse ainsi mobilisée est abaissée dans le bassin et l'on établit une anastomose latéro-latérale entre la partie supérieure de cette anse et la portion recto-sigmoïdienne. Au-dessous de cette anastomose qui rétablit la continuité du tube colique, l'on écrase et l'on sectionne l'intestin tout en respectant l'intégrité du mésentère. Les deux bouts sont alors liés en bourse et enfouis; ainsi se trouve réalisée l'exclusion de l'anse abaissée.

La malade étant remise en position gynécologique, le bout colique est attiré, ouvert et suturé à l'orifice vulvaire.

B. HEJDUK (Brno) a publié récemment deux cas de vagin artificiels créés à l'aide du sigmoïde. Dans un cas l'abaissement fut difficile et il fallut faire une anastomose bout à bout. Cet auteur recommande l'anastomose latéro-latérale, permettant d'abaisser le bout supérieur du colon jusqu'au Douglas et d'empêcher ainsi la tension du mésentère de l'anse exclue. Si l'S iliaque est court, on doit le mobiliser par décollement : la section des gros vaisseaux du mésentère (art. sigmoïdiennes) est dangereuse à cause de la nécrose possible de l'intestin : on ne doit y recourir qu'en cas de nécessité.

2° Procédés utilisant le rectum.

SNÉGUIREFF, de Moscou, utilisa le rectum pour créer un néo-vagin, en 1892. Il fit l'opération suivante :

Il incisa la peau et les tissus sous-jacents le long du bord inférieur du sacrum jusqu'au bord postérieur de l'anus. Après résection du coccyx, l'intestin est décollé des parties voisines, attiré et sectionné entre 2 ligatures. L'extrémité supérieure du segment inférieur est fermée et cette portion basse du rectum va devenir le nouveau vagin. Le segment supérieur est attiré vers le bas, entre le sacrum et l'anus et suturé à la peau.

SNÉGUIREFF, qui a employé ce procédé dans 3 cas, n'a pas été imité, car l'on conçoit que le nouvel anus est forcément incontinent et crée une infirmité plus pénible que la première.

GUERNSY (1897) songea également à employer le rectum; mais il n'utilisa que la paroi antérieure de ce conduit. Dans la région annulaire, isolant ainsi un segment de cette paroi par section et suture. Cette méthode fut utilisée chez trois malades.

PITHA et PUPPEL suivirent également cette méthode.

ANNAM (1911), dans un cas un peu particulier (sa malade avait une fistule rectale) employa un procédé un peu analogue : il attira la paroi antérieure du rectum à la vulve et réalisa un cloisonnement rectal, le cul-de-sac placé en avant de la cloison, servant de vagin.

Opération de Popoff.

POPOFF perfectionna la méthode en laissant le sphincter anal.

Incision semi-circulaire en arrière de l'anus à l'union de la muqueuse et de la peau. Dissection du canal anal d'avec le sphincter. Puis la dissection sur la face postérieure du rectum qui est séparé du coccyx et du sacrum. L'isolement se poursuit sur une hauteur de 9 centimètres environ, les parois latérales sont également isolées, mais la face antérieure est soigneusement laissée adhérente à la vessie. La partie sus-jacente du rectum et du colon est attirée dans la plaie après décollement.

Tamponnement provisoire de la plaie. La cavité antérieure du rectum est alors séparée de l'anus et du sphincter sur une hauteur de 2 cm. $\frac{1}{2}$. Le bout inférieur de l'intestin est provisoirement fermé.

Création d'un espace entre urètre et rectum de façon à laisser passer deux doigts. Par là est attiré le bord inférieur du rectum suturé et ses bords réunis à la vulve par des sutures en points séparés.

Section de l'intestin, attiré à 8 cm. environ de l'anus. Suture en deux plans en bout inférieur (dôme vaginal). Enfin suture du bout supérieur du rectum à la peau péri-anale par des points séparés; le cours des matières est ainsi établi. Des mèches sont laissées dans la cavité du sacrum pour drainer les tissus cellulaires pelviens.

La méthode de POPOFF a été employée une trentaine de fois, mais l'utilisation du rectum a surtout été employée en suivant la technique de Schubert, qui diffère d'ailleurs assez peu de la précédente et applique le même principe.

Opération de Schubert.

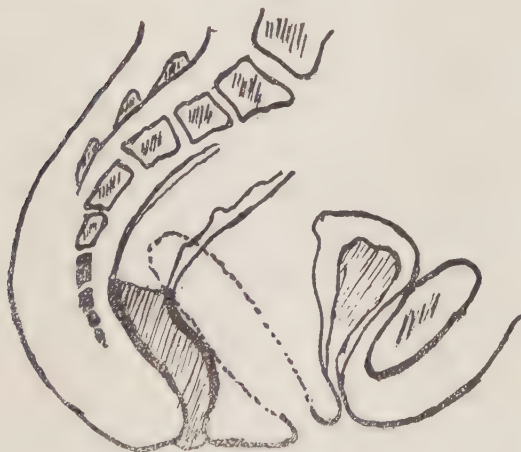
Cette opération, très employée en Allemagne, consiste à libérer le segment inférieur du rectum qui, transplanté en avant, servira de vagin, et à abaisser la portion sus-jacente à travers le sphincter respecté.

Elle a été utilisée par SHUBERT pour la première fois en 1911.

Par une première incision vulvaire on crée un espace par décollement de la vessie et du rectum.

Une deuxième incision, circulaire, va permettre de libérer le rectum, en restant en dedans du sphincter qui doit être absolument respecté. Le décollement doit être poursuivi sur une hauteur de trois centimètres environ.

L'on pratique alors une troisième incision, commençant à 5 centimètres au-dessus de l'anus. Cette incision incise profondément jusqu'à l'os. On resèque le coccyx. Cette voie permet d'aborder facilement la face postérieure du rectum. Celui-ci, à 12 centimètres environ au-dessus de l'anus, est libéré des parties voisines et ensuite sectionné entre deux ligatures.



Le segment inférieur du rectum est estimé à former le nouveau vagin. (Schubert).

L'extrémité inférieure du rectum est alors attirée en avant à travers l'orifice vulvaire aux bords duquel est soigneusement suturée. Le bout inférieur du segment supérieur est alors abaissé, après la libération nécessaire, à travers le sphincter. La ligature est coupée et les bords du conduit sont suturés à la peau anale.

Cette opération diffère donc assez peu du procédé de POPOFF. Elle s'en distingue par une voie d'abord plus large sur le rectum.

3° *Procédés utilisant l'intestin grêle.*

C'est le chirurgien américain BALDWIN qui le premier imagina d'abaisser une anse iléale avec son mésentère, entre vessie et rectum, pour en faire un vagin.

Dans les travaux allemands, on attribue la paternité de cette méthode à HÆBERLIN, à Zurich. Cependant, en 1904, dans un article des Annales of Surgery, BALDWIN avait déjà posé les principes de cette opération. Mais ce n'est que 3 ans après, le 22 mars 1907 qu'il eut l'occasion d'appliquer sa méthode. HÆBERLIN, vers la même époque publia une description de la même opération sous le titre « Proposition d'une nouvelle méthode opératoire ».

Le chirurgien japonais MORI, en 1909, modifia la technique en abaissant l'extrémité d'une anse à la vulve, au lieu d'abaisser son sommet, obtenant ainsi un seul vagin, alors que le procédé de BALDWIN réalise théoriquement deux vagins plus ou moins inégaux, accolés en canon de fusil.

Opération de Baldwin.

Nous décrivons ici la technique de l'opération de BALDWIN, telle qu'elle a été exécutée chez trois malades par M. BAUMGARTNER. C'est d'ailleurs la technique décrite primitivement par BALDWIN lui-même, avec quelques détails particuliers sur lesquels il nous a paru utile d'insister.

L'opération comporte quatre temps principaux :

— le 1^{er} temps périnéal a pour but de créer un espace entre urètre et vessie d'une part, rectum d'autre part, dans lequel viendra se loger l'anse iléale abaissée.

— les deux temps suivants, abdominaux comportent : 1° l'isolement du segment d'anse grêle et le rétablissement de la continuité intestinale; 2° l'abaissement de cette anse avec son méso dans l'espace créé et la péritonisation.

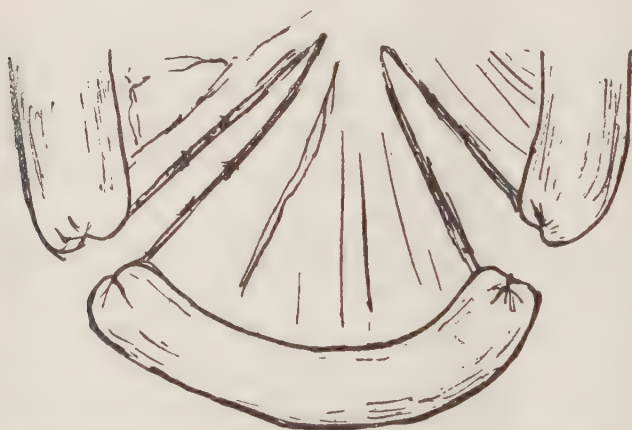
— le 4^e temps périnéal consiste à suturer le sommet de l'anse à la vulve.

Pendant les quelques jours qui précèdent l'intervention, la malade est soumise à un régime de désinfection intestinale. Elle est purgée et ensuite caustiquée. Il faut enfin la veille désinfecter les régions et les protéger par un pansement aseptique.

1^{er} temps périnéal. — La malade est placée en position gynécologique comme pour une périnéorrhaphie. Incision vulvaire semi-circulaire à connexité postérieure, rasant la fourchette, entre méat et orifice anal. Cette incision entame d'emblée toute la

peau. Ses bords sont saisis par des pinces et l'on cherche un plan de clivage entre vessie et rectum; ce décollement que l'on fait aux ciseaux ou avec les doigts s'effectue habituellement sans difficulté et sans hémorragie notable. Il est poursuivi jusqu'au péritoine pelvien et de telle sorte qu'il admette l'introduction d'au moins deux doigts. L'on met une mèche et une pince dans l'espace ainsi constitué.

2^e temps abdominal. — La malade est mise en position de Trendelenbourg. Laparotomie médiane sous-ombilicale, vulve de Dayen. On choisit une anse grêle



Isolement d'un segment d'anse grêle avec son mésentère.

facilement abaissable, pourvue d'un mésentère suffisamment long. QUÉNU et SCHWARTZ ont trouvé, expérimentalement, que cette anse trouvait à une distance du cæcum, variant de 25 à 40 centimètres.

Isolement de cette anse sur une longueur de 18 à 20 centimètres.

Fermeture des quatre bouts et enfouissement des moignons.

Section des mésentères en coin, de manière à conserver la vascularisation de l'anse.

Rétablissement de la continuité intestinale par une



Opération de Baldwin : l'anse est abaissée, le segment long doit être en avant.

anastomose latéro-latérale. Il importe de remarquer que cette anastomose doit être faite au devant du pédicule mésentérique de l'anse grêle. Celle-ci est couchée sur la paroi postérieure avec son méso qui ainsi ne pourra faire une corde tendue venant étrangler l'anse anastomosée.

3^e temps. — La pince introduite par le vagin est refoulée par un aide. On incise le péritoine pelvien de Douglas sur cette pince, de manière à faire un orifice admettant environ 3 doigts.

La pince vient saisir l'anse exclue au niveau de son bord libre, à l'union de son $\frac{1}{3}$ moyen et de son $\frac{1}{3}$ inférieur, et l'attire dans l'espace creusé, en même temps que la main abdominale la refoule. On a soin que le long segment soit antérieur et le court segment postérieur.

Le court segment disparaît complètement sous le péritoine. L'extrémité supérieure du long segment et le méso de l'anse est suturé à l'orifice péritonéal qui est entièrement fermé.

Il est bon alors de faire une nouvelle péritonisation. Avec le côlon pelvien, le péritoine pelvien, le méso de l'anse abaissée, on réalise ainsi un cloisonnement du petit bassin autour de l'extrémité du néovagin, protégeant la grande cavité péritonéale.

4^e temps *périnéal*. — La malade est remise en position gynécologique. Ouverture de l'anse abaissée au niveau de son bord libre. Suture circulaire aux parties voisines de l'orifice vaginal, par des points séparés. Pour drainer le tissu cellulaire pelvien, un petit drain peut être laissé entre la fourchette et l'orifice intestinal.

Dans le long segment est introduit un gros drain entouré d'une mèche de gaze.

Une ou deux semaines après l'opération, il y a lieu

de faire quelques séances journalières de dilatation aux bougies d'Hagar.

Variantes de la technique du Procédé de Baldwin.

1° *Procédé de Mori.* — En 1909, MORI pratiqua une intervention qui ne diffère pas sensiblement de l'opé-



L'anse est abaissée par son extrémité. (Mori)

ration de BALDWIN. Son procédé consiste à commencer par un temps abdominal et à abaisser à la vulve l'extrémité de l'anse exclue.

Pour laparatomie médiane, on sépare vessie et rectum aussi profondément que possible, on isole en-

suite et on résèque 14 à 18 centimètres d'anse grêle, en amont de la valvule iléo-cœcale et l'on rétablit le cours des matières par une anastomose latéro-latérale.

L'anse exclue, bien isolée dans les compresses est fermée à son extrémité supérieure. Le périnée incisé, une pince vient chercher l'extrémité de l'anse restée ouverte et attirée vers le périnée. Le péritoine est suturé aussi complètement que possible au-dessus de l'anse ainsi engagée dans le périnée.

La malade était ensuite mise en position gynécologique, l'anse est suturée aux bords de la dépression vulvaire incisée.

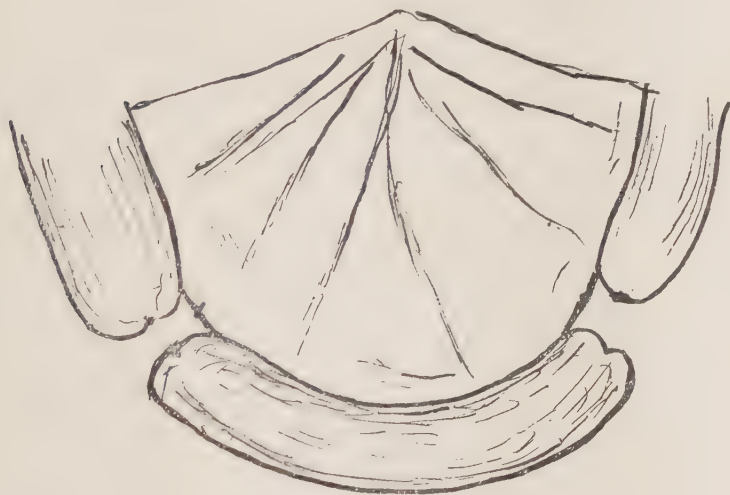
Avantages et inconvénients de cette méthode.

Cette méthode est un peu plus simple et par suite plus rapide : une seule extrémité est fermée, le vagin est unique et il n'est pas nécessaire de recourir à une opération comme dans le Baldwin.

Ce dernier avantage est plus théorique que pratique. Assez fréquemment un rétrécissement plus ou moins accentué se produit au niveau de l'orifice vulvaire et nous verrons que la muqueuse du 2^e vagin permet alors d'y remédier en pratiquant son décollement qui en même temps réalise l'effacement du vagin court.

En outre, l'abaissement de l'extrémité de l'anse n'est pas toujours réalisable; dans un certain nombre d'observation (CHATON, ABADIE, JUVARA, BAUMGARTNER) cet abaissement au périnée fut impossible et l'on

dût faire un Baldwin. Il faut donc craindre, quand on emploie le Mori, la brièveté du mésentère; l'étirement des vaisseaux peut entraîner du sphacèle de l'anse; ou encore désunir plus ou moins complètement la suture de l'anse au périnée, entraînant ultérieurement un rétrécissement (obs. de NEUGEAUER).

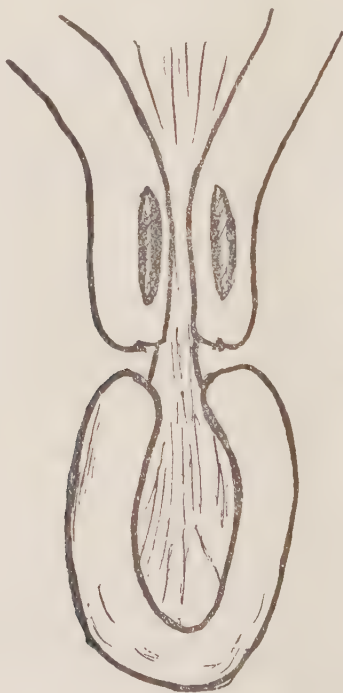


Isolement d'un segment d'anse grêle.
Le mésentère est respecté.

2° *Technique de Constantini* (Thèse de Rivière, Alger 1924).

C'est encore ici essentiellement le procédé de Baldwin, auquel a été ajouté un détail de technique intéressant. La section du mésentère est supprimée et la continuité intestinale rétablie par une anastomose latéro-latérale en canon de fusil sans s'occuper du péristaltisme.

L'opération comporte les mêmes temps que l'opération de Baldwin. L'anse grêle choisie est traitée de la façon suivante : on place deux pinces de Kocker à chaque extrémité et on sectionne l'intestin. Il faut respecter absolument le mésentère : l'abaissement de l'anse s'effectue aussi facilement et on évite ainsi la section des vaisseaux. On ferme ensuite les tranches de sections et l'on fait une antéro-anastomose latéro-latérale en canon de fusil au devant de l'anse exclue. Cette technique a l'avantage de respecter intégralement la vascularisation de l'anse abaissée et d'éviter ainsi plus sûrement le sphacèle de cette anse.



Rétablissement
de la continuité
intestinale par
une anastomose
en « canon de
fusil »,
(Costantini.)

ETUDE CRITIQUE DES PROCEDES OPERATOIRES

Nous avons vu que parmi les procédés anciens tels que l'électrolyse, le refoulement mécanique progressif, le décollement inter-vésico rectal suivi de dilatations, aucun n'était à retenir, et que pour ces derniers, la récurrence était chose inévitable. Parmi les autres procédés, certains n'ont été utilisés qu'un nombre de fois très limité et ont été complètement abandonnés. L'utilisation d'un sac herniaire n'a été suivie que d'un résultat favorable provisoire; de même, la suture du péritoine à l'orifice vulvaire a été suivie rapidement de rétrécissement. Des remarques analogues s'appliquent aux procédés qui ont utilisé une muqueuse vaginale, une muqueuse intestinale de lapin (SWIECKI), etc. La suture de l'utérus à la vulve exige la présence d'un utérus bien développé et ne donne d'ailleurs pas un résultat suffisant, même lorsqu'il existait une dépression vulvaire notable.

Actuellement, sont employés, soit les vaginoplasties par lambeaux cutanés ou greffes épidermiques, soit les transplantations intestinales. Le choix de l'intercentration n'en reste pas moins un problème difficile à résoudre et nous envisagerons dans ce chapitre les avantages et les critiques qui s'appliquent à chacune de ces méthodes.

Procédé des autoplasties cutanées. En 1913, GRÉGOIRE pouvait déduire à l'étude des cas opérés par cette méthode, que 45 % des opérations aboutissaient à un échec complet. Parmi les cas plus récents, nous trouvons 4 malades opérés par FRANK et GEIST par leur nouveau procédé avec 2 fois un résultat satisfaisant; dans un 3^e cas, il existait un rétrécissement à 4 centimètres de profondeur, deux ans après l'opération; la 4^e opération aboutit à un échec. RUSCHEMON obtint un vagin profond de 7 centimètres admettant deux doigts et TURENNE eut un résultat analogue. GRAD, chez une malade revue 14 mois après l'opération, trouva un vagin profond de 9 centimètres.

Procédés des greffes épidermiques. TUFFIER, en 1912 (Société de chirurgie, mars 1912) relate deux cas suivis de rétrécissement consécutif. GRÉGOIRE, un an plus tard, donne 3 observations avec deux fois un assez bon résultat.

Cependant, les échecs fréquents par suite de la rétraction secondaire du néo-vagin, la nécessité de dilatation continue, avaient fait abandonner cette méthode qui fut remise à la mode il y a quelques années par deux chirurgiens allemands KIRSCHNER et WAGNER.

Ces auteurs publient l'observation (1930) d'une malade opérée suivant la technique des greffes épidermiques en une seule pièce. Ils obtiennent un résultat satisfaisant : vagin de 8 centimètres de profondeur, admettant deux doigts huit mois après l'opération.

VOGT, KRAUL, HILANDER, VARNECHE, KAISER, donnent des résultats analogues : vagin de 6 à 8 cm. de profondeur quelques mois après l'opération. Ce dernier n'a pu obtenir un grand lambeau et a du recouvrir l'espace décollé de plusieurs lambeaux qui s'éliminèrent partiellement. HELLER, ALFEROW publient chacun l'observation d'une malade avec un résultat de 2 ans et un an et demi avec également un résultat satisfaisant. GLATZEL et ZUBVZCKI, chez deux malades opérés suivant la méthode de KIRSCHNER et WAGNER, virent se développer un rétrécissement peu de temps après l'opération.

Ces méthodes, qu'il s'agisse des autoplasties cutanées ou des greffes épidermiques, ont un avantage incontestable qui les oppose aux transplantations intestinales, c'est leur bénignité. Elles constituent certainement les procédés qui comportent le moins de risques pour la vie des malades. C'est là la raison pour laquelle ils sont préférés par nombre de chirurgiens qui se refusent à pratiquer une importante opération abdominale pour un tel but.

Mais il s'agit de savoir si le but recherché est obtenu. Or, il semble bien que le rétrécissement soit difficilement évitable. Nous avons vu que dans un certain nombre d'observations, la tendance à la rétraction secondaire du néo-vagin, s'est installée malgré les dilatations. Les résultats donnés sont presque tous récents, les plus anciens ne datent que de 1 an $\frac{1}{2}$ à 2 ans. Il serait donc utile, pour apprécier ces méthodes de savoir quel est le résultat à longue éché-

ance. Par ailleurs, le vagin obtenu, long habituellement de 7 à 9 centimètres, admettant un ou deux doigts, n'est pas l'idéal recherché.

La technique de ces procédés n'est pas non plus toute simple. Les autoplasties cutanées sont des interventions échelonnées, qui demandent beaucoup de patience aux malades et de persévérance au chirurgien. Les greffes épidermiques ne sont pas toujours faciles à réaliser en un seul lambeau, qui par ailleurs peut s'éliminer en partie, nécessitant également des interventions répétées. Il va sans dire que ces malades sont astreintes à des dilatations régulières ou doivent se résigner à porter un mandrin dilateur.

La transplantation du sigmoïde. — Cette méthode n'a pas été employée dans un nombre de cas suffisant, pour pouvoir l'apprécier. Cependant, LANDOIS, dans une revue générale, prône beaucoup la méthode de RUGE qu'il qualifie de géniale et trouve supérieure dans ses résultats à l'opération de SCHUBERT et à celle de BALDWIN. Il réunit 15 cas de vagins artificiels réalisés à l'aide de l'anse sigmoïde : les 15 malades ont toutes guéries et auraient eu un excellent résultat.

Cependant, l'étude de ces 15 cas, ne nous permet pas un pareil optimisme. FRANKENBERG, sur 5 cas, eu une fois un schock opératoire grave, une fois le colon abaissé se sphacéla dans sa totalité et la malade, réopérée suivant la méthode de BALDWIN eut un beau résultat. RUDOLF pratiqua 2 fois cette opération et eut une fois un sphacèle partiel de 2 à 3 centimètres

de l'anse abaissée. CARLING, chez une opérée, vit s'établir un rétrécissement consécutif nécessitant des dilatations. Chez une malade de RUGE, une péritonite à point de départ au niveau de l'anastomose, nécessita une réintervention. Cette méthode n'évite donc pas le rétrécissement secondaire au niveau de la suture vulvaire. Il n'y a pas ici de sécrétion abondante, comme dans le Baldwin, mais on a noté des concrétions dures, qui une fois ont fait croire à une fistule vagino-sigmoïdienne.

De l'avis même des auteurs, la technique employée présente quelques difficultés, en particulier au moment de l'anastomose intestinale, qui doit se faire dans la profondeur du bassin.

L'absence de mortalité n'est pas un fait à retenir : la chirurgie du colon sigmoïde n'est pas considérée comme moins grave que la chirurgie du grêle. Les 18 premières interventions suivant la méthode de BALDWIN, furent 18 succès.

Transplantation du rectum. — L'utilisation du rectum pour créer un nouveau vagin a été, avec l'opération de BALDWIN, une des méthodes les plus employées. Elle a été exécutée en Russie et surtout en Allemagne. Ses promoteurs ont surtout mis en valeur la mortalité minime.

BEUTHEN donne une statistique de 135 malades guéries par la méthode de SCHUBERT. Il y eu 5 morts post-opératoires. Sur les 130 cas restant, 6 fois il y eut une incontinence relative au sphincter anal, qui 3 fois nécessita une intervention supplémentaire, et

3 fois s'arrangea spontanément; 8 fois il y eut une petite fistule qui s'arrangea 4 fois spontanément. Une fois il y eut nécrose du néo-vagin.

Dans un beau cas de WAGNER, chez une malade dont l'utérus était bien développé, la technique de SCHUBERT fut complétée par un abouchement utéro-rectal. Cette femme eut ainsi par la suite deux enfants. Mais l'intérêt pratique d'une telle observation est très diminué du fait que presque toujours, l'utérus est absent ou atrophié.

RABINOVITCH a pu réunir 148 cas de transplantation du rectum, 31 fois suivant la méthode de PAPOFF, 117 fois suivant la méthode de SCHUBERT. Il y eut 6 morts dans la 1^{re} catégorie. Dans la seconde il y eut également 6 morts. une fois par infection locale et pneumonie, deux fois par septicémie, deux fois par péritonite, une fois par cellulite pelvienne.

L'opération de SCHUBERT, qui permet une voie d'abord plus large sur le rectum, semble donc préférable à la méthode de POPOFF. Pour la première, la mortalité peut donc être évaluée à 5 %. Néanmoins, cette opération, qui a été pratiquée 117 fois par 60 chirurgiens différents, n'a guère été préconisée ailleurs qu'en Allemagne. Il faut en voir la raison, dans certaines difficultés techniques, particulièrement au moment de la résection circulaire de la partie supérieure du rectum. SCHUBERT avoue lui-même ces difficultés.

Par ailleurs, l'opération se pratique sur une portion intestinale dépourvue de péritoine et les acci-

dents de cellulite pelvienne sont à craindre. On a en outre reproché à cette opération, les troubles secondaires de la défécation, parésie sphinctérienne, sténose rectale, et les fistules vagino-rectales. FRANK a ainsi résumé les inconvénients de l'opération de SCHUBERT : difficultés opératoires au cours de l'isolement de la partie supérieure au rectum, risques d'ouverture du péritoine, rétrécissements de l'ampoule rectale, insuffisance sphinctérienne, fistules vagino-rectales.

On a en outre fait remarquer que la direction du néo-vagin n'est pas la direction physiologique.

Notons qu'un certain nombre d'auteurs (FRANK, BROSSMANN, WERTZEIM, etc.) qui ont utilisé le SCHUBERT et le BALDWIN, ont finalement donné la préférence à cette dernière opération.

Transplantation du grêle. — L'opération de BALDWIN est la plus répandue de toutes les opérations ayant pour but de créer un vagin artificiel. RABINOVITCH, dans un article récent, a pu réunir 242 cas opérés par 127 chirurgiens différents. Elle a été employée dans tous les pays du monde.

Cette opération est-elle toujours réalisable ? Autrement dit l'anse grêle isolée présente-t-elle un méso d'une longueur suffisante pour permettre l'abaissement du sommet du périnée ? L'expérience prouve que cet abaissement est presque toujours possible. QUÉNU et SCHWARTZ ont montré que cette anse se trouvait à une distance du cœcum qui varie de 25 à 40 centimètres.

La mortalité élevée est le grief essentiel fait à cette opération. Certaines statistiques ont donné une mortalité de 21 p. 100. Cependant, à mesure que le nombre de ces publiés augmente, le taux de ces pourcentages s'abaisse. RIVIÈRE, en 1924, sur 90 observations, trouvait 15 morts post-opératoires. Sur les 242 cas réunis récemment par RABINOVITCH, il y a 28 morts. Deux fois la mort fut imputée à l'anesthésie; trois fois il s'agissait de tuberculeuses; 5 fois la cause de la mort n'est pas précisée; deux fois la mort fut tardive (3 ans et 6 ans) et fut causée par des adhérences entraînant une occlusion; 6 fois la mort fut provoquée par une péritonite dûe au sphacèle de l'intestin anastomosé ou à une occlusion. Dans les autres cas, la mort a été due au sphacèle de l'anse abaissée entraînant une péritonite. Dans ces derniers cas le sphacèle était dû à la tension trop grande du mésentère. Certains chirurgiens durent pratiquer des sections transversales de ce mésentère.

Il est bon, avant de pratiquer l'intervention, de porter l'anse dans le fond du bassin et de s'assurer que l'abaissement est réalisable sans qu'il exerce une traction trop grande. Dans le cas contraire, l'anse sigmoïde pourrait être utilisée. C'est pour éviter ce sphacèle de l'anse que CONSTANTINI a modifié la technique en supprimant les sections mésentériques. Ainsi apparaît également l'utilité de protéger la grande cavité abdominale par un cloisonnement du petit bassin. L'on peut penser, avec RABINOVITCH, que nombre des cas de morts sont dûs à une erreur de tech-

nique et que la mortalité de cette opération peut être réduite et approcher des 5 p. 100 que BALDWIN croit pouvoir donner comme limite.

Les résultats obtenus par l'opération de BALDWIN sont par contre extrêmement brillants. A ce point de vue elle s'est montrée supérieure aux autres procédés. Le néo-vagin obtenu est large, profond et ses parois sont absolument souples. Les rapports sexuels se font sans difficulté et avec satisfaction complète de la part des conjoints. Dans quelques cas néanmoins, des premières tentatives de coït ont été accompagnées de sensations douloureuses, de coliques. Ce fut le cas de la 1^{re} malade de M. BAUMGARTNER. Secondairement le pédicule mésentérique fut sectionné et les phénomènes douloureux cessèrent.

Le temps ne vient en rien modifier ces résultats. Nombre de malades ont été revues 6 ans, 8 ans, 9 ans, 10 ans après l'opération, avec résultat parfait (LARDEMAIN, NEUGEBAUER, etc.). Une malade de BROHÉE a été revue après 11 ans. La 1^{re} malade de M. BAUMGARTNER, opérée en 1921, a été revue dans un parfait état.

En outre, le résultat cherché, est obtenu dans un temps très court. Il suffit de quelques semaines de dilatation aux bougies de HÉGAR pour obtenir le calibre définitif. Dans un certain nombre de cas cependant, la cicatrice vulvaire au niveau de la suture intestinale tend à se rétracter. Dans les deux observations ci-dessous, le fait se produisit, mais il fut facile d'y remédier par une petite intervention complémentaire :

On incise en arrière, en regard du segment court de l'anse abaissée, les tissus cicatriciels de l'orifice vulvaire. Sur un doigt comme guide, introduit dans la branche courte, on décolle la muqueuse de ce segment et on en fait un lambeau pédiculé qui s'attache à l'éperon. L'extrémité libre est suturée à l'incision vulvaire de la partie rétrécie. L'orifice vaginal prend ainsi la largeur voulue; en même temps se trouvent effacés le segment court et l'éperon (fig. ci-joint).

L'existence de cet éperon a été considérée par certains auteurs comme un élément sujet à discussion.



Décollement de la muqueuse
du segment court.



Le lambeau de muqueuse
dont le pédicule s'attache à
l'éperon, est suturé à l'orifice
vulvaire excisé.

Cependant l'existence de deux vagins ne présente pas d'inconvénient. Si l'on a soin d'introduire les bougies de HÉGAR toujours dans le même segment, l'autre s'efface de lui-même. Il ne faut donc pas se hâter de

sectionner cet éperon qu'il est d'ailleurs facile de supprimer par section ou écrasement, s'il est nécessaire.

Un autre inconvénient reproché à l'opération de BALDWIN, c'est la persistance de sécrétions abondantes de l'anse exclue, sécrétion parfois irritante. Ces sécrétions sont rarement d'une abondance telle qu'elles constituent un inconvénient. Dans la plupart des observations, elles vont en s'atténuant ou même se tarissent complètement. Il est bon, pour éviter dans une certaine mesure, ces sécrétions intestinales, de choisir un segment d'anse d'une longueur juste suffisante.

Nous donnons ici deux observations inédites d'absence congénitale du vagin qui furent opérées par notre maître, le Docteur BAUMGARTNER, suivant la méthode de BALDWIN.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

C... Nadia, âgée de 19 ans, entre à l'Hôpital de la Charité, dans le service du D^r BAUMGARTNER, le 15 novembre 1932. Son médecin, consulté pour l'absence complète des règles, a constaté une absence totale de vagin.

L'aspect général et celui d'une belle jeune fille, normalement constituée. Ses seins sont bien développés, le système pileux normal. Les organes génitaux externes sont bien conformés : la vulve est normale, la membrane hyménale non perforée, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, tendue entre les petites lèvres; à sa portée antérieure s'ouvre le méat urinaire normal. Au toucher rectal, on ne sent aucun utérus ni organe entre le rectum et la vessie. Les annexes ne sont pas perceptibles.

Aucun antécédent pathologique. La puberté s'est faite vers l'âge de 13 ans; elle a été accompagnée de quelques maux, quelques douleurs abdominales, qui ne se sont, depuis, jamais reproduites. Il n'y a pas eu d'hémorragies supplémentaires des règles absentes.

Opération le 23 novembre 1932 (D^r BAUMGARTNER), sous anesthésie générale à l'éther.

1^{er} temps : Incision semi-circulaire sur le bord postérieur de l'hymen fermé, entre la fourchette vulvaire et l'orifice méthral. Décollement de l'espace recta-vésical jusqu'au péri-toine du petit bassin, de manière à ce que le tunnel creusé admette facilement deux doigts, mèche et pince dans l'espace ainsi formé.

2^e temps : Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve de chaque côté du petit bassin, contre la paroi pelvienne la-

térale, les annexes trompe et son pavillon, ovaire et son ligament utéro-ovarien, très bien conformées et de volume normal. Mais la trompe et le ligament utéro-ovarien aboutissent à un noyau dur, gros comme une noisette, qui se continue par un cordon plein allant se réunir avec celui du côté opposé sur la ligne médiane et se perdre sur le péritoine du plancher pelvien. Entre les deux noyaux durs et les cordons qui les prolongent, le péritoine soulevé est tendu comme un ligament large. C'est entre les deux feuillets de ce ligament qu'a été creusé le tunnel périnéal.

On choisit une anse grêle à 50 centimètres environ du cæcum, qui puisse être facilement attirée en bas et on l'isole sur une longueur de 18 centimètres, avec son méso, de façon à ménager son pédicule vasculaire. Section de l'intestin. Fermeture des quatre bouts d'intestin par ligature à la soie et enfouissement. Rétablissement de la continuité du grêle, en avant du fragment de méso de l'anse isolée, par suture latéro-latérale.

3^e temps : Sur la pince introduite par le périnée, on effondre le péritoine du feuillet postérieur du ligament large. La pince saisit par son bord libre l'anse intestinale isolée, à l'union de son 1/3 noyau et de son 1/3 inférieur. L'anse s'abaisse assez facilement à la vulve en se couvant, segment long en avant, segment court en arrière. Ce dernier disparaît sous le péritoine pelvien, tandis que l'extrémité du segment long de l'anse intestinale abaissée reste incluse entre les deux feuillets du ligament large auquel on la suture. C'est ce segment qui deviendra le vagin. Puis on fait avec le côlon pelvien, le ligament large et le méso de l'anse abaissée, un cloisonnement du petit bassin autour de l'extrémité du néo-vagin. Fermeture du ventre,

4^e temps : Ouverture au périnée du bord libre de l'anse abaissée. Cette ouverture est faite à l'union de sa branche courte et de sa branche longue. Suture circulaire de l'orifice intestinal à la peau de l'orifice vulvaire. Introduction dans le long segment d'anse grêle (vagin) d'un gros drain entouré d'une mèche de gaze.

Guérison parfaite, sans incidents post-opératoires. On pra-

tique pendant six semaines, deux fois par semaine, un calibrage au vagin avec des bougies de Hegar. Les sécrétions intestinales sont abondantes.

A la fin de janvier 1933, l'aspect est le suivant : orifice vulvaire entouré d'une cicatrice circulaire un peu rétractile et peu souple, admettant à peine deux doigts. Au delà, on sent, à 3 ou 4 centimètres de profondeur, un éperon en avant duquel on pénètre dans le long segment d'intestin. large, profond et souple et en arrière et à gauche, dans le court segment d'intestin aplati.

2^e opération, le 3 février 1933. — Excision de la moitié postérieure et gauche de la mince cicatrice circulaire vulvaire. Sur un doigt comme guide, introduit dans la branche courte de l'anse, on décolle la muqueuse de ce segment et on en fait un lambeau pédiculé qui descend de l'éperon auquel il tient et dont on suture l'extrémité libre à la partie de l'orifice vulvaire dont on a excisé la cicatrice.

Suites sans incidents. On reprend pendant deux mois, une fois par semaine, les séances de dilatation du nouveau vagin. Quelques pertes séreuses, non irritantes, sont traitées par des injections « vaginales » au bicarbonate de soude.

Le 23 octobre 1933, la malade est revue en excellent état. Le vagin est bien calibré, les pertes ont presque complètement disparues. Le néo-vagin est profond d'environ 15 centimètres, ses parois sont parfaitement souples, les releveurs se contractent bien, le toucher se fait facilement avec deux doigts, sans aucune douleur. Il persiste un tout petit cul de sac à gauche, siège de l'ancien segment court de l'anse intestinale abaissé. Les rapports sexuels ont lieu régulièrement, sans gêne, mais il n'y aurait pour la malade aucune sensation de plaisir.

La malade est revue de nouveau en juin et novembre 1934. Elle se plaint de pertes séreuses abondantes. Pour remédier à cet inconvénient, on se propose de réintervenir et de sectionner, par voie abdominale, le méso de l'anse intestinale, afin d'en supprimer le pédicule vasculo-nerveux. Mais on apprend qu'elle est en traitement (Docteur FERNET) pour une syphilis d'apparition récente. L'accident primitif a été probablement vulvo-intestinal.

En novembre 1935, la malade revient à la Pitié avec une lettre du Docteur FERNET, disant que son traitement est terminé et qu'une opération peut avoir lieu. Elle reste quelques jours à l'Hôpital. L'examen après quelques jours de repos montre que les pertes sont en réalité peu abondantes. Un examen chimique de ces sécrétions, fait dans le laboratoire de M. le Professeur RATHEY ne permet d'y déceler aucun suc intestinal. La sécrétine en injection sous-cutanée n'a eu aucune action sur ces pertes.

Dans ces conditions, on renonce à pratiquer, comme on y avait songé, la section du méso du segment de l'anse intestinale qui a servi à faire le vagin.

OBSERVATION II

Une jeune fille de 19 ans, Mlle B... Georgette, est envoyée dans le service du Docteur BAUMGARTNER de la Pitié. Elle a consulté son médecin parce qu'elle n'a jamais été réglée. En effet, à l'âge de 13 ans, les caractères sexuels secondaires sont apparus, mais il n'y a jamais eu aucune menstruation. A cette époque, on lui a fait prendre des extraits glandulaires qui sont restés sans action.

Dernièrement, une série de piqûres sous-cutanées de Gynestril a provoqué l'apparition de quelques épistaxis, d'ailleurs peu abondantes. Ces épistaxis exceptées, on ne relève aucune autre hémorragie. De même il n'y a jamais eu aucunes pertes, ni aucune douleurs abdominales.

Son enfance a été normale. Dans ses antécédents, on note quelques maladies infectieuses banales, des vertiges peu fréquents, et d'assez violentes migraines qui l'obligent à garder le lit plusieurs jours par mois. Leur durée est de 24 heures en moyenne : elles semblent s'être accusées depuis l'âge de 12 ans. Son intelligence s'est développée normalement. Son caractère n'est pas particulièrement nerveux, ni irritable.

A l'examen, il s'agit d'une jeune fille de petite taille, 1 m. 47, pesant 53 kilogrammes, mais bien proportionnée :

37 centimètres de diamètre bi-acromial, 49 centimètres de diamètre bi-trochantérien.

Elle ne présente pas de signes d'infantilisme : les seins sont bien développés, le système pileux est normal.

L'examen gynécologique montre des organes génitaux externes bien conformés, l'anus et le périnée sont normaux. Entre les deux petites lèvres, une membrane obturatrice, dans laquelle on voit l'orifice des glandes de Bartholin.

Le méat est situé devant cette membrane qui représente l'hymen; il est normal. Le clitoris est normal.

Au toucher rectal, on ne sent aucun organe entre la vessie, dans laquelle on a mis une sonde, et le rectum, l'utérus n'est pas perçu; latéralement, on sent les ovaires.

Opération (Docteur BAUMGARTNER) le 4 octobre 1934. Anesthésie générale à l'éther.

1^{er} temps (vaginal) : Incision circulaire à connexité postérieure, rasant la fourchette. Décollement vésico-rectal. Ce décollement se fait assez difficilement, sans qu'on puisse trouver de zone décollable comme normalement. Il est néanmoins poursuivi jusqu'à 12 à 15 centimètres de profondeur et permet l'introduction de 3 doigts. Tamponnement avec gaze iodoformé.

2^e temps (abdominal) : Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve de chaque côté de la paroi pelvienne, un petit moignon d'utérus réuni par un cordon dur à une masse ovarienne très allongée allant du croisement de l'iliaque externe jusque dans la fosse ilio-lombaire. L'ovaire de chaque côté a plus de 10 centimètres de long, il est de la grosseur d'un petit doigt. Il n'y a pas de formée mais un simple cordon fibreux utéro-ovarien (moignon de l'utérus). Ligaments ronds bien développés. Entre les deux moignons d'utérus, le péritoine se soulève en un ligament large, unique et médian.

Isolement d'un segment d'intestin grêle long de 18 centimètres. Double ligature à la soie à chaque extrémité, section et enfouissement du moignon.

Isolement du méso de l'anse grêle exclue et dans lequel on a eu soin de conserver un pédicule vasculaire. Cette

anse servira de vagin. Elle a été détachée à environ 30 centimètres du cæcum.

Rétablissement de la circulation intestinale par une anastomose latéro-latérale. Cette anastomose est faite par-dessus le pédicule mésentérique de l'anse grêle.

3^e temps : La pince introduite dans le vagin passe entre les deux feuillets du ligament large. Sur cette pince refoulée par un aide, on incise le feuillet postérieur du ligament large près du sommet du ligament et sur la ligne médiane de manière à faire un orifice large de 3 doigts.

La pince vient saisir le bord libre de l'anse exclue, à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur et l'attire dans le néo-vagin. On a soin que le long segment soit antérieur, et le court postérieur. Celui-ci disparaît en entier dans le néo-vagin, l'extrémité supérieure du long segment est suturée au pourtour de l'orifice fait au ligament large ainsi que la partie du méso qui passe au travers.

Le méso de l'anse abaissée franchit le petit bassin à droite du côlon pelvien. On suture une partie du côlon pelvien et du péritoine du fond du bassin au bord inférieur du méso de l'anse abaissée pour fermer la brèche entre ce méso et le Douglas. Ainsi le fond pelvien est cloisonné d'avant en arrière par le méso et le péritoine. Drain de Goldmann dans le petit bassin et fermeture de la paroi abdominale.

4^e temps : La malade est remise en position gynécologique. Ouverture de l'anse abaissée au niveau de son bord libre. Suture circulaire aux parties antérieures et latérales de l'orifice vaginal. Drain et vaseline dans le long segment d'anse grêle. Drain et mèche entre le bord postérieur de l'orifice intestinal et la fourchette pour drainer le tissu cellulaire pelvien. Sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires sans incidents. Le 2 novembre, en retirant la gaze iodoformée on note l'existence d'une petite sécrétion. Il existe un petit rétrécissement cicatriciel.

Le 5 novembre, on commence la dilatation, avec des bougies de Hegar. Le 1^{er} jour, du n° 14-22, le 2^e jour du 15 au 23, le 3^e jour du 16 au 24, et le 4^e jour du 17 au 25. Le huitième jour le 25 passe facilement, le 26 est douloureux et provoque des coliques.

Le 13 novembre, à l'examen, on note une petite cicatrice en haut et à gauche. Les pertes sont minimales. La malade sort de l'hôpital le 14 novembre et revient deux fois par semaine pour la dilatation.

Le 22 novembre, au toucher vaginal, on sent une bride à 2 centimètres de l'orifice vulvaire, éperon séparant les deux segments de l'anse intestinale, et, au delà et en avant de cette bride le fond du néo-vagin est souple et non douloureux alors qu'au début des dilatations il était douloureux. En arrière de l'éperon, cul de sac formé par le segment court de l'intestin. Les releveurs commencent à se contracter très bien. Le 24 passe facilement, le 25 est douloureux.

Le 26 novembre, le n° 23 devient douloureux; le 29 novembre, le n° 22 réveille une douleur vive au niveau de la partie gauche de l'anneau cicatriciel.

L'examen du 6 décembre permet de constater :

1°) l'existence d'un anneau cicatriciel dû à l'anastomose entre la peau et la muqueuse intestinale et ne pouvant être dilaté au delà du n° 22 des bougies de Hégar.

2°) la persistance des douleurs à partir d'un certain degré de dilatation est tentée sur l'éperon entre les deux vagins.

3°) la nécessité de supprimer le vagin court.

Opération le 14 décembre 1934. — Il existe une cicatrice rétractile à l'union de la peau et de la muqueuse intestinale. Cicatrice circulaire. Au delà, on sent l'éperon formé par la couture en canon de fusil des deux anses, puis on pénètre facilement dans la branche supérieure et droite, longue et large de l'intestin. La branche inférieure gauche est derrière, sur le côté, et n'est plus la continuité de l'orifice vulvaire.

On incise alors le rétrécissement à gauche et en bas, et on élargit l'entrée du vagin. Puis on dessèque la muqueuse de la branche courte inutilisée de néo-vagin, en la laissant adhérente à l'éperon, et on l'incise dans la brèche formée par l'incision élargie de la partie rétrécie. Ainsi l'entrée du vagin devient large et il n'y a plus qu'un seul vagin. Tamponnement.

Le 29 janvier 1935, on recommence les dilatations. Le

n° 24 passe facilement, le 25 est douloureux et ramène un peu de sang. On continue ainsi tous les 3 jours jusqu'au 21 janvier. A ce moment la malade part chez elle.

Elle revient le 4 novembre 1935. Elle est en excellent état général et demande si elle put se marier.

1°) Le vagin admet facilement deux doigts, sans douleurs; la bougie n° 28 passe facilement.

2°) Pertes séreuses toujours assez abondantes. Quant on frotte un peu fort le vagin, il y a un peu de suintement sanglant.

3°) L'épidermisation de la muqueuse intestinale remonte à cinq centimètres dans le néo-vagin.

4°) Les releveurs sont souples et se contractent bien. Pas de tissu cicatriciel ni induré dans le néo-vagin.

On donne l'autorisation de se marier, puisque le fiancé est prévenu qu'il n'y aura pas de grossesse possible.

CONCLUSIONS

L'absence congénitale de vagin est une malformation rare, mais non exceptionnelle. Elle s'accompagne habituellement d'aplasie utérine, mais les ovaires sont normaux et leur fonction normalement conservée.

Il s'agit de femmes, mis à part le vagin, absolument normales physiquement et psychiquement.

Il est légitime d'opérer les femmes qui le désirent.

Nombreux ont été les procédés pour créer un vagin artificiel et le choix d'un de ces procédés est encore actuellement l'objet de discussions.

Les vaginoplasties à l'aide de lambeaux cutanés, les greffes épidermiques, sont des opérations sans danger, mais les résultats obtenus semblent imparfaits. L'idéal recherché n'est réalisé que par les transplantations intestinales.

L'opération de Schubert donne de bons résultats. La mortalité post-opératoire, évaluée sur 130 cas environ connus actuellement est de 5 %. Mais les détails techniques créent des difficultés opératoires qui font que cette opération a été presque exclusivement utilisée en Allemagne. La possibilité des troubles sphinctériens secondaires, de fistules vagino-rectales peuvent constituer en outre une infirmité qui se substitue à la première.

L'opération de Baldwin est celle qui a remporté le plus de suffrages parmi les chirurgiens. Elle a contre elle la mortalité post-opératoire de 12 %, mais il semble que cette mortalité puisse être réduite par l'application d'une technique rigoureuse. Le procédé de Constantini qui évite les sections mésentériques, la péritonisation qui protège la grande cavité abdominale, sont de points, de technique qui ont leur importance.

Les résultats obtenus sont excellents et ne peuvent se comparer à ceux des autres méthodes. L'existence des pertes séreuses va habituellement en s'atténuant et ne constitue pas un inconvénient bien grave. Il est facile de remédier au rétrécissement secondaire éventuel et à la persistance d'un éperon, et cela de façon définitive par une intervention très simple.

Une série d'avantages font que l'opération de Baldwin doit être placée au premier rang et être considéré comme l'opération de choix :

1° c'est une opération simple qui s'oppose à ce point de vue à l'opération de Schubert.

2° il n'y a à craindre, ni incontinence des matières, ni infection, ni cicatrices disgracieuses.

3° elle donne un résultat définitif dans un temps plus court que pour les autres méthodes.

4° le vagin obtenu est si près de la normale qu'on a beaucoup de difficulté à le reconnaître.

Vu, le Président de thèse,
MARION.

Vu, le doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMUSSAT. — *Gaz. Méd. Paris* 1835, 2° S., III.
- ABBÉ. — *Medical record*, déc. 1898.
- ANAMM. — *Monatsschr. fur. geb. und gynak*, n° 33, 1911.
- ARÈNE. — *Thèse Montpellier*, 1901.
- ALBRECHT, BOLDT et RUGE. — *Zent. fur gynak.*, n° 15, 1919.
- ABALOS, NATALE (A.-M.). — Un nuevo caso de ausencia congenita de vagin création artificiel de la misma mediante el procedimicuto Abalos. *Revue de cir.*, déc. 1928.
- ADAMS. — Report of case of congenital single Kidney, with associated absence of uterus and vagina. *New. England, J. méd.*, mai 1929.
- ANGELESCO et TOVARU. — Conduite à tenir en l'absence congénitale de vagin. *Gynécologie si obstetrica*, t. VIII, janv. 1933.
- ALFEROW. — Le vagin artificiel d'après Kirchner-Wagner. *Zent. fur Gynak*, n° 15, 15 avril 1933.
- ABADIE (d'Oran). — *Congrès français de chirurgie*, Paris 1908.
- Op. de Baldwin, 1 cas. *Revue de Gynécologie*, 1^{er} janvier 1911.
- ANDÈRES. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Beitrag zur Gebursthilfe und Gynak.*, 1914, page 281.
- ABADIE. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société de chirurgie de Paris*, 31 oct., 1923.
- ANORAY. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société de chirurgie*, 1923.
- ABRAM BVOTHERS. — The construction of a new vagina. *Am. J. of obstretics N. Y.*, 1906, T. II, p. 289 et 523.
- BOLL. — *Thèse Bâle*, 1909.
- BAUMGARTNER. — Op. de Baldwin. *Société de chirurgie*, 1922.
- BRIDE. — Absence de vagin avec double utérus. *Am. Journ. Obstr. et Gynéc.*, nov. 1930.

- BROHÉE. — Op. de Baldwin. — *Société Belge de Chirurgie*, 27 mai 1922.
- Résultat après 11 ans. *Journal de Chirurgie et Annales de la Soc. Belge de Chir.*, janvier 1933.
- BRINDEAU. — Création d'un vagin artificiel à l'aide de membranes ovulaires d'un œuf à terme. — *Gyn. et Obst.*, mai 1934.
- BEUTHEN. — Opérations de Schubert. Statistiques. In *J. Chir.*, 1932, t. I, p. 305.
- BRENNEV. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gyn.* In *Zentr. für Gynak*, n° 25, 1921.
- BENTHIN. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Zent. für Gynk*, n° 37, 1921.
- BVOSSMANN. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Zent. für Ginak*, n° 10, 1920.
- BUMM. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Zeut. für Gynak*, n° 26, 1912.
- Op. de Baldwin, 2 cas. *Zeut. für Gynak*, n° 7, 1921.
- BRAUHA. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Bulletin de l'Académie de Médecine de Bruxelles*, 25 janvier 1913.
- BONNEY. — Op. de Baldwin, 1 cas. *The Lancet*, 10 oct. 1913.
- BALDWIN. — *Am. journal of. obt.*, 1907, p. 748. 4 cas d'op. de Baldwin. *The journal Am, Méd. Ass.*, 1910, p. 1362. In *Revue de chirurgie*, 1913, page 855.
- BAZALA. — Zehn Fälle von Scheidenplastik bei fehlender vagina. *Zeitsch f. geb. v. gyn. Stuttgart*, juillet 1931, t. c., p. 85.
- CLERET. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société de chirurgie*, 1922.
- CHATON. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société de chirurgie*, séance le 31 oct. 1923.
- COSTANTINI. — Op. de Baldwin. *Société de chirurgie*, 31 oct. 1923. *Société de chirurgie*, 19 mai 1926.
- Sur un point de technique opératoire dans l'opération de Baldwin. *Presse médicale*, 4 oct., 1924.
- CARONS. — Un cas d'absence de vagin. *Bull. Soc. de Cirurgia de Rosario*, mai 1934.
- CARLING. — Constitution d'un vagin à l'aide d'une anse sigmoïde. *The Britt. Méd. Journ.*, 3 mars 1934.

- COELLO. — Formation de vagin artificiel. *Annales de Soc. Médico. Quirurg. des Guayas*, août 1934.
- DUMITRESCU. — Thèse Paris, 1896.
- DHALLUIN. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Archives Franco-Belges de chirurgie*, n° 9, 1922.
- DANIEL. — *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, 25 mai 1924. 13 observations d'op. de Baldwin.
- DAS. — *The calcutta méd. Journal*, mai 1925.
- DAVIS-CRON. — Congenital absence of vagina, report of 2 cases treated by vaginal plastic op. *Amér. j. obst. et gynéc.*, février 1928.
- DEUTSCHMANN. — Complete congenital absence of vagina associate with bilateral hemias of uterus, tubes and ovaries. *New-York., M. J.*, nov. 1923.
- DREYFUS (de Salonique). — *Société de chirurgie*, mars et avril, n° 11 et 13, 1912.
- DADERLEIN. — Modification du lambeau cutané du vagin artificiel par la méthode de Kirchner Wagner. *Zeut. für Gynak.*, 13 février 1932.
- EISING. — Absence of Vagina, Unilateral developpement of internal genital organs, hématometva. *J. Am. M. A.*, janvier 1931.
- ESAT. — Vagin artificiel. *Bulle. de la Soc. de Méd. Turque*, n° 1, janvier 1935.
- FOURNIER. — *Picardie Méd.*, IV, 1907.
- FYAUKENSTEIN. — *Deutsch. med. Worch.*, 1908.
- FELLENBERG. — Op. de Baldwin, 1 cas. *In Zeut für Gynak.*, n° 1, 1916.
- FYAUK. — Op. de Baldwin, 1 cas. *In Zeut für Gynak.*, n° 29, 1921.
- FAUBE (J. C.). — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société de chirurgie*. Séance du 31 oct. 1923.
- FOUCAULT. — *Thèse Bordeaux*, 1913.
- FLOEL. — *Zeut. für, Gynak.*, n° 24, 1912.
- FELHING. — *Zeut für Gynak.*, n° 33, 1915.
- FERGUSON. — Complete absence of the vagina, on operation for the formation of a plastic vagina. *Sauthern surg. and. gyn.*, Tvals, 1910. TXXIII, p. 147.

- FENEIRA. — Congenital absence of uterus and vagina. *Report of case J. A. M. A.* 2 juin 1923.
- FATHERGILL. — Case of absence of vagina. *J. obstet. et gynec. Brit. Emp.*, 32, 1925.
- FOEHRMANN. — Formation d'un vagin artificiel avec l'anse sigmoïde. *Zeut für Gynak.* n° 32, août 1929. In *J. ch.*, 1930, t. 1, p. 526.
- FRANKENBERG. — 2 op. de Baldwin. 5 op. avec anse sigmoïde. *Arch. f. gynakol.* 6 mars 1930. In *J. de ch.*, 1930, t. 2, p. 502.
- FRANK et GEITS. — Formation d'un vagin artificiel par une nouvelle technique plastique. *Am. jour. of obst. et gynec.*, n° 6, déc. 1927; *Im. j. de ch.*, 1928, I, p. 628.
- FALTIN. — Deux cas de formation artificielle d'un vagin. *Medicina femina*, vol. VI, 1930.
- FRAENKEL. — Vagin artificiel de Kirchner-Wagner. *Zent. fur Gynak.* 21 mai 1932.
- FAVREAU. — Imperforation de l'hymen et absence totale de vagin. *Journal d'obst. et de gynéc. pratiques.* Janv. 1934. *La gynécologie*, janv. 1934.
- FORGUE. — Anse grêle ou segment du rectum ou simplement greffes de Thiersch dans la colpylastie pour absence congénitale du vagin. *Paris Médical*, déc. 1934, n° 50.
- FRIELD-MEYER. — Gestion artificielle d'un vagin par l'emploi de la méthode de Virchner et Wagner. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 4 janv. 1935.
- GUERNUSY. — *Zent. fur Gyn.*, n° 5, 1897; n° 1, 1905.
- GRÉGOIRE. — *Archives générales de Chirurgie*, n° 12, 1913.
- GUITELSON. — Op. de Baldwin. *Société d'obst. et gynéc. de Moscou.* 30 oct. 1933.
- GEORGESCU. — Op. de Baldwin, 2 cas. In. *Zent. für Gynak.*, n° 10, 1917.
- GUGGISBERG. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Zent. für. Gynak.*, n° 47, 1915.
- GRIGORIU. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Cluj. medical*, 1920, p. 326.
- GELLER. — La création d'un vagin par la méthode de Kirchner-Wagner. *Zent. für. Gynak.*, n° 10, mars 1934.

- GARFUNKEL. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Medecinskaja Mysl.*, n° 3, 1922.
- GUILÉE. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société de Chirurgie.* 11 déc. 1923.
- GUARIN. — Notes on 2 interestin gynecological cases. *J. A. M. A. S. Africa*, 26 nov. 1927.
- GOUGH. — Atrésie vaginale. *The Brit. Med. Jour.*, 1^{er} oct. 1927.
- GRAF. — Formation d'un vagin dans l'absence congénitale. *Deutch. Zeitsch. f. chir.* 4 mai 1931.
- GRAD. — Technique de la création d'un vagin artificiel. *Surg. Gynecol. and abst.*, n° 2. Février 1932 et in HARTMANN, *Gynéc. et obstétrique.* Mai 1932.
- GAUCHOROW. — Un procédé simple de création de vagin artificiel. *Zent. f. gynak.*, n° 43, 28 oct. 1933.
- GLATZEL et ZUBUYCKI. — Quelques considérations sur la création de vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Palska gaz. Lekarska.* 30 juillet 1933 in *J. de Ch.*, 1934, p. 620, t. I.
- GALILEU LIMA. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Brasil Medico*; n° 30, juillet 1933.
- GUTIERREZ. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Boletine y Trabajos de la Soc. de Cirurgia de Buenos-Ayres*, n° 17, 2 août 1933.
- HEPPNER. — *Sanct. Petersl. med. Zeitch.*; t. VII, 1872.
- HERNÉ. — Thèse Paris, 1914.
- HOEBERLIN. — *Zent. für. Gynak.*, 2 mars 1907.
- HAIM. — *Zent. für Gynak.*, 25 oct. 1924.
- HALBAN. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Wiener. Klin. Woch.*, n° 49. Février 1912. (in Quénu et Schaertz).
- HAFFBAUER. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Munch. Méd. Woch.*, n° 46, nov. 1912 (in Quénu et Schwartz).
- HERZEN. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Société d'obst. et gynéc. de Moscou.* 30 oct. 1913.
- HORMANN. — Op. de Baldwin, 1 cas. *In Zent. für Gynak.*, n° 16. Avril 1920.
- HENKEL. — Op. de Baldwin, 2 cas. *In Zent. für Gynak.*; n° 2, 1913.
- HORTOLOMEI. — Op. de Baldwin, 4 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 7, 1923.

- HARTLEY. — Congenital megacolon with absence of vaginal. *The British medical journal*. 7 mars 1923.
- HADDEN. — Congenital absence of vagina and utérin. *Sur. j. abst. and Gynak.* Avril 1921.
- HUFF. — Congenital absence of vagina, report of cases treated by grave plastic operation. *South. Med. and Surg.* Août 1930.
- HEYER. — Incontinence complète des matières après création d'un néo-vagin par la méthode de Schubert. Sa guérison. *Zent. f. Gynak.*, n° 20, 17 mai 1930.
- HÖHLER. — Création d'un vagin artificiel pour aplasie vaginale. *Wiener Klini. Wochansch.* 15 déc. 1927 in *J. de Chir.*, t. I, 1928, p. 629. *Zent. f. Gynak.*, n°s 20 et 26, 1933.
- HELLER. — Vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für Gynak.*, n° 41, 8 oct. 1932.
- HORTOLENEI, IONESCO-MILTIADÉ et BURGHELE. — Op. de Baldwin. *B. et Mém. Soc. Chir. de Budapest*, n° 7 et 8, juillet-Août 1932. *Gynéc. si obstetrica*, n° 1 et 2, Sept.-Oct. 1933.
- HANS STAREK. — Procédé de Schubert. *Zent. für Gynak.*, n° 43, 28 oct. 1933.
- HAGSON. — Op. de Baldwin, 1 cas. *The Birts. Med. Journ.* 13 mai 1933.
- HAMART et BADART. — Les indications chirurgicales dans les aplasies de l'appareil génital. *Rev. de Chir.*, Mars 1933.
- HEFDUK. — Expériences sur l'utilisation plastique de l'anse sigmoïde dans l'aplasie vaginale. *Bratislavesker de Kaska Livty*, t. 15, Mars 1935 in *J. de Ch.* Août 1935, p. 316.
- JUDIN. — Op. de Baldwin, 6 cas. *Surgery Gynec. and obstetrics* (Chicago). Avril 1927.
- JUVARA. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Revue de Gynéc.*, n° 5, Mai 1912.
- IRIBARNE et CONTRERAS. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Bolet. Soc. de Obst. y. Ginecol. de Buenos-Aires*, t. X, juillet 1931.
- IUBOS. — Modification de la méthode de Schubert, d'après Grigorin. *Zent. für Gynak.*, n° 47, 21 nov. 1931.

- JASCHKTE. — Procédé de Schubert. *Münchener Mediz. Vochensch.* 17 juin 1932.
- JUNQUIERA. — Vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *O. Hospital.* Déc. 1934.
- KUSTNER. — *Zent. für. Gynak.*, n° 1, 1905.
- KAKUSCHKIN. — *Zent. für Gynak.* 6 déc. 1924.
- KHALINE. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Moscou.* 30 oct. 1913.
- KUPFERBERG. — Op. de Baldwin, 1 cas. Dans un article de Fohr. *Zent. für Gynak.*, n° 37, 1921.
- KIRSCHNER et WAGNER. — Un nouveau procédé pour créer un vagin artificiel. *Deutsch. Zeitsch. für. Chir.* Juillet 1930. In *J. de Chir.*, 1931, t. I, p. 314. — *Zent. für. Gynak.*, n° 43, oct. 1930. In *J. de Chir.*, 1931, t. I, p. 463.
- KAYSER. — Vagin artificiel de Kirschner et Wagner. *Zent. für. Gynak.*, n° 27, 2 juillet 1932.
- KRAUL. — Deux cas de vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. f. Gynak.*, n° 40, 6 oct. 1934.
- KLEITSMAN. — Création d'un vagin artificiel. *Gynécologie d'obstétrique.* 5 mai 1935.
- LAMVERS. — Op. de Baldwin. *Bulletin de l'Académie royale de Méd. de Belgique.* 28 mars 1925.
- LENORMANT. — *Presse Médicale*, p. 822, 1911.
- LARDEMAIN. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Thèse Arné.* Paris 1914.
- LIEBL. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 15, 1919.
- LAMAS. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Annales de la Faculté de Médecine de Montévidéo*, tome VIII, n° 1, 1923.
- LAGOUTTE. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Société de Chir. de Lyon.* 19 janvier 1922.
- LINDAVIST. — Complète absence of uterus and vagina (case). *Acta obst. et Gynéc. Scandinavica*, 1927).
- LICHTNAUER. — Vagin artificiel à l'aide d'un tube cutané. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 4 mai 1931.
- LANDAIS. — Les plasties vaginales dans l'absence congénitale. *Arch. f. Klin. Chir.* Mai 1932.
- Vagin artificiel par la méthode de Ruge. *Zent. für Gynak.* 13 août 1933.

- Les opérations plastiques dans l'absence du vagin. *Arch. f. Klin. Chirurg.* Juin 1932.
- LAFFONT et BAUNEFOS. — Vagin artificiel par autoplasties cutanées. *Société d'obst. et Gynéc.* Paris. 5 nov. 1934.
- MACKEMODT. — *Zent. für Gynak.*, 1896, n° 21.
- MORI. — *Zent. für Gynak.*, n° 5, 1909.
- MILLER. — *American Journal of obst. and Gynec.* Sept. 1924.
- MANDELSTAMM. — *Zent. für. Gyn.* 23 avril 1927.
- Méthode de Popoff. *Arch. f. Gynak.*, fasc. 3, 1929.
- MULLER. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Munch. Med. Woch.* 21 déc. 1909. In Quénu et Schwartz.
- MACQUOT. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Soc. de Chirurgie.* 31 oct. 1923.
- MELZNER. — Incontinence complète après op. de Schubert et son traitement. *Zent. für. Gynak.*, n° 33. 16 août 1930.
- MARKOFF. — Formation artificielle du vagin avec la vessie. *Gynécologie et Obstétrique*, t. XIX, n° 3, mars 1929.
- MILAUDE. — La création d'un vagin artificiel. *Zent. für Gynak.* n° 37, 12 sept. 1931. *In j. de ch.*, 1932, t. 1, p. 902.
- MULLER. — Un nouveau procédé de vagin artificiel. *Zent. für, Gynak.*, n° 4, 24 janvier 1931.
- Transplantations épidermiques. Résultats : *Deu chirurg.* Fasc. 13, 1^{er} juillet 1932.
- MENICUCCI. — Un curieux cas d'absence du vagin. *Revista de Gynécol. et Obst.*, n° 1, janvier 1932. Opér. de Baldwin.
- MASSON. — Absence congénital du vagin. Op. de Baldwin, 5 cas. *Amér. journ. of obst. and gynécol.* vol. XXIV, oct. 1932. *In j. de ch.* 1933, t. I, p. 841.
- MOSZKOWIEZ. — Pathogénie de l'absence du vagin. *Arch. für. Gynak.*, Vol. CLI, fasc. 1-2, 1932.
- MAUDELSTMANN. — Création d'un vagin artificiel aux dépens du gros intestin (8 nouveaux cas). *Zent für Gynak.*, n° 4, janv. 1934. *In journ. de ch.* 1934, t. 2, p. 507.
- MACZEWSKI. — Le vagin artificiel de Kirschner-Wagner. *Palska goz, Lekarska*, n° 43, 22 oct. 1933.
- MATVEIEV. — Création d'un vagin artificiel par la méthode de la greffe de lambeaux cutanés modifiés. *Revue Fran-*

- caïse de Gynéc. et d'Obstétrique*, février 1935, nov. 1934.
- NEUGEBAUER. — Op. de Baldwin, 5 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 48, 1920.
- . Op. de Baldwin, 2 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 10, 1922.
- OVOSCA, VALERA, OCHOA. — Case of complete absence of vagina. *J. Philippine Islands*, déc. 1930.
- OLIVA et LAPEZ. — Atrésies congénitales du vagin. *La Medicina Ibera*, vol. II, n° 87, 1934.
- POZZI. — *Société de chirurgie*, février 1909, mai 1911.
- PUPPEL. — *Zent. für Gynak.*, n° 3, 1910.
- QUÉNU et SCHWARTZ. — *Revue de chirurgie*, 1913.
- PAPOFF. — *Rassky Woatch*, n° 43, 1910.
- PASCALIS. — Autoplastie périnéale. *La gynécologie*, août 1926.
- PROTAPESCU. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Revista Științelor med.*, mars 1913. *In Zent. für Gynak.* n° 43 1913.
- PITHA. — Op. de Baldwin, 4 cas. *Casajus lékarov. češtych.* n° 47, 1914. *In Zent. für Gynak.*, n° 22, 1915.
- PÉREZ OLIVARES. — Malformations vaginales. *Bol. au. clín. Ginec.*, 1932.
- PIERI et AQUAVIVA. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Marseilles*, n° 6, juin 1929.
- PÉTRIGNAGNANI et SICARD. — Absence congénitale totale du vagin et du col utérus. *Soc. Am. de Paris*, 4 juillet 1929.
- PALAZZO. — Vagin artificiel par autoplastie pour aplasie utéro-vaginale. *Boletín de la Sociedad d'Obst. y Gynécol. de Buenos-Aires*, t. 13, n° 15, 31 déc. 1934.
- PRIBRSKY. — Technique de création de vagin artificiel. *Zent. für Gynak.*, n° 7, 16 février 1935.
- POULAIN. — Absence congénitale de vagin et d'utérus. *La Gazette Médicale de Picardie*, n° 133, janvier 1935.
- RAUFFART et DELPORTE. — *Soc. belge de chirurgie*, 1910.
- RENON. — Op. de Baldwin, 1 cas. *In Thèse Foucault*, Bordeaux, 1913.
- RAUSCH. — Op. de Baldwin, 1 cas. *In Zent. für Gynak.*, n° 25, 1919.
- ROBINSON. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Surgery, Gynécologie and obstetrics*, n° 1, juillet 1920.

- ROSENTHAL. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 27, 1922.
- RABINOVITSCH. — Op. de Baldwin, 6 cas. *Z. f. Gynak.*, 10 juillet 1926.
- La constitution d'un vagin artificiel. *The Am. j. of Surgery.*, vol. XIII, n° 3, sept. 1931.
- RITCHIE. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Am. journ. Obst. and gynecol.*, déc. 1929.
- RONKA. — Utérus rudimentaire et douille avec absence de vagin. *New. England, j. méd.* 24 nov. 1932.
- RUGE. — Sur la création d'un vagin artificiel à l'aide de l'S iliaque. *Zent. für Gynak.*, n° 47, 23 nov. 1929.
- RUDALF. — Formation artificielle du vagin et de la vessie à l'aide du sigmoïde. *Bruns Beil. zur Klin. chir.*, fasc. I, juillet 1931. In *journ. de chir.* 1932, t. I, p. 142.
- RUSHMORE. — Note sur la formation d'un vagin artificiel. *Am. journ. of Obst. and gynecol.* n° 3, sept. 1929. *J. de ch.* n° 1, 1930, p. 664.
- ROTHER. — Le vagin artificiel. *Zent. für Gynak.*, n° 23, 10 juin 1933.
- RADRIGO. — Absence utéro-vaginale complète. *El Siglio Medico*, 27 mai 1933.
- RISOLIA. — Aplasie utéro-vaginale. Op. de Baldwin. *Boletin de la Soc. Obst. et gynec. de Buenos-Ayres*, t. 14, n° 1, 20 avril 1935.
- SNEGUIREFF. — *Archives de chirurgie et de gynécologie*. Paris 1892.
- SCHUBERT. — Création d'un vagin à l'aide du rectum. *Zent. für Gynak.*, juillet 1911, juillet 1912, juillet 1921, juillet 1923, 18 janvier 1927, juin 1934.
- *Medizinische Klinik*, 2 sept 1927.
- STOEKEL. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 1, 1912.
- SÉNÉCHAL. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 82, 1914.
- SCIPIADES. — Op. de Baldwin, 1 cas. In. *Zent. für Gynak.*, n° 24, 1921.

- SWARTZ. — Op. de Balwin, 1 cas. *Société de chirurgie*, Paris 1922.
- STIGLBAUER. — Absence de vagin. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 août 1928.
- ZUBRYZCKI. — Reconstitution d'un vagin artificiel chez une femme à utérus normal. *Polsta gaz Lekarska*, 9 février 1930. In *j. de ch.*, 1930, n° 2 p. 134.
- SCHUBERT. — Persistance d'un sinus uro-génital tubulaire. *Arch. für Gynak.* 12 mai 1930. In *J. de Ch.*, 1930, 2, p. 503.
- STOECKEL. — Trois cas de vagin artificiel d'après la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für. Gynak.*, n° 46. 14 nov. 1931. — Résultats. *Zent. für. Gynak.*, n° 28, 13 juillet 1935.
- SICARU et STOESCU. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Miscaréa Medica Romana* t. VI, n° 7-8, août 1933.
- SOLER JULIA. — Création d'un vagin artificiel. *Revista de Cirurg. de Barcelona*, t. VIII, n° 39, mars 1934.
- TUFFIER. — *Société de Chirurgie*. Mars 1912.
- TCHARKOLANI. — Baldwin operation in case of congenital absence of vagina. *J. Akush*, n° 41, 1930.
- TIKANADSE. — Congenital absence of vagina and its artificial formation with anamm's method. *Zent. für. Gynak.*, n° 50, 27 sept. 1926.
- TURENNE. — Absence congénitale de vagin. *Annales de la Facultad de Medicina de Montevideo*, n° 9-10. Sept.-Oct. 1930. In *J. de Chir.*, 1931, II, p. 137.
- VIOLET. — Un cas d'atrésie vaginale congénitale. *Ann. de Gynécologie*. Paris 1904, 2^e Série, t. I, p. 742.
- WAGNER. — *Zent. für. Gynak.*, n° 26, 1923 et 21 mai 1927.
- VILLETTE. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Nov. 1923.
- VASSILIEV. — *Zent. für. Gynak.* 26 mars 1927.
- WARD. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Surgery and obstetrics* (Chicago), 1915, p. 655. In *Zent. f. Gynak.*, n° 33, 1916.
- WEIBEL. — Op. de Baldwin, 1 cas. in *Beit. für. Gynak.*, n° 13, 1920.

- WALLIRSTEIN. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 41, 1921.
- WRIGHT. — Op. de Baldwin, 1 cas. *The American Journal of Chirurgie*, n° 5, 1922.
- WAGNER. — Op. de Baldwin, 2 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 26, 1923.
- WEIBEL. — Op. de Baldwin, 1 cas. *Zent. für Gynak.*, n° 31, 1923.
- VERNEJOUL. — Absence congénitale de vagin. Opération de Baldwin modifiée. *Société de Chirurgie de Marseille*, 23 janvier 1928.
- VARNECKE. — Constitution d'un vagin artificiel d'après Kirschner-Wagner. *Zent. für Gynak.*, n° 7, 13 février 1932.
- VOGT. — Formation d'un vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für Gynak.*, n° 20, 16 mai 1931.
- WEIBEL. — Op. de Baldwin, 6 cas. *Wiener Klini. Wochensch.*, n° 25, 22 juin 1934.
- WELLS. — Plastie pour absence congénitale de vagin. *The Sur. Jour. of Surg.* Vol. 30, n° 2. Août 1935.
- ZWEIFEL. — Op. de Baldwin, 1 cas. In *Zent. für Gynak.*, n° 27, 1921.

